



Instituto Superior
de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

POR QUE VÃO OS IDOSOS PARA LARES? DETERMINANTES NO INTERNAMENTO DE PESSOAS MAIORES DE 65 ANOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Nome do Autor: Dora Cristina Veríssimo Pinto

Nome do Orientador: Professora Doutora Ana Alexandre Fernandes



Dissertação para obtenção de grau de Mestre
em Sociedade, Risco e Saúde

Lisboa
2013

VALORIZAMOS PESSOAS



«O intervalo de tempo entre a juventude e a velhice é mais breve do que se imagina. Quem não tem prazer ao penetrar no mundo dos idosos não é digno da sua juventude (...) o ser humano morre quando, de alguma forma, deixa de se sentir importante.»

Augusto Cury, in O Vendedor de Sonhos

AGRADECIMENTOS

Concluído este trabalho e sentindo que o mesmo resulta não só do meu esforço pessoal mas também da colaboração e papel prestados por diferentes pessoas entidades, gostaria de prestar o meu reconhecido agradecimento a todos aqueles que deram o seu contributo para a viabilização do mesmo, em particular:

À Professora Doutora Ana Alexandra Fernandes pelo acompanhamento, partilha de saber e disponibilidade proporcionados durante a orientação deste trabalho.

À minha Família pela presença, encorajamento e apoio incondicional.

À Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, Direções Técnicas dos Lares Sagrada Família e Santo António e respetivas equipas pela forma acolhedora e interessada com que me receberam, proporcionando-me as condições logísticas de livre acesso às instalações e contacto com os utentes, permitindo que a recolha de dados fosse efetuada com sucesso.

Aos idosos que voluntariamente se disponibilizaram para participar no estudo e que comigo partilharam o relato sentido das suas vivências.

A todos o meu sincero obrigado!



LISTA DE ABREVIATURAS

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD - Atividades da Vida Diária

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde.

ONU - Organização das Nações Unidas

UE - União Europeia

UNDESA - United Nations Department of Social Affairs

RESUMO

A caracterização da população mundial e nacional indica um aumento considerável da população idosa. Envelhecimento e saúde são duas questões intrinsecamente relacionadas uma vez que o prolongamento da vida está associado a mais anos de dependência, incapacidades e prevalência de doenças crónicas. À perda dessas capacidades está associada a fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, problemas de mobilidade, cuidados de longa duração e elevados custos. Por outro lado, diversas mudanças societárias provocaram uma reorganização da estrutura familiar, levando a que não seja capaz de assegurar a cada membro as funções que tradicionalmente lhe cabiam, nomeadamente, resolver os problemas que hoje se colocam aos idosos.

Com este trabalho pretendeu-se identificar os fatores que mais pesaram na decisão de institucionalização, partindo da realidade de pessoas que possuem a vivência de estar institucionalizadas contribuindo, desta forma, para um melhor entendimento desta realidade que permita fornecer pistas que visem prevenir ou retardar a sua ocorrência.

Este estudo exploratório foi desenvolvido em duas valências de lar de idosos da região da Grande Lisboa no qual participaram voluntariamente 42 idosos com idade igual ou superior a 65 anos, sem comprometimento ao nível da função cognitiva, tendo a recolha de dados sido efetuada através de questionário, construído com o objetivo de conhecer as circunstâncias da institucionalização.

Apesar de não se pretender testar hipóteses ou generalizar análises, os resultados obtidos poderão contribuir apontar para similaridades com a situação de idosos igualmente institucionalizados.

A caracterização da população da amostra permitiu assinalar convergências com as conclusões de diferentes estudos ao nível de fatores determinantes para a



institucionalização, nomeadamente, a influência do género, idade ou situação conjugal. No entanto, foi possível perceber que os problemas de saúde e o inerente comprometimento ao nível da autonomia, ainda que presentes na população da amostra, não foram manifestamente os únicos motivos que determinaram a institucionalização, tendo sido igualmente apontada a indisponibilidade (ou ausência) de familiares ou a solidão como fatores relevantes.

O internamento em instituições de longa permanência constitui-se como uma realidade que pode ser vista como um ganho para algumas pessoas que, por motivos de vária ordem que as colocam numa situação solitária e fragilizada, não encontram no seio da comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades.

PALAVRAS-CHAVE

Envelhecimento; Funcionalidade; Incapacidade; Cuidados de Longa Duração; Preditores da Institucionalização.



ABSTRACT

One of the characteristics of the worldwide and Portuguese population is the considerable growth of the number of elderly citizens. Health and ageing are two intrinsically connected issues since a longer life is associated with more years of dependence, disability and prevalence of chronic diseases. The loss of capabilities is associated with weakness, dependency, institutionalization, increased risk of falls, mobility problems, long-term care and high costs. On the other hand, several societal changes caused a reorganization of the family structure. Traditional family roles are becoming less common, in particular regarding care for ageing family members.

This work aims to identify the most valued factors in the decision to institutionalize. From the accounts of institutionalized people, the goal is to contribute to a better understanding of this reality and to provide clues for preventing or delaying its occurrence.

This exploratory study was carried out in two nursing homes in the Greater Lisbon area and included 42 participants. All participants were aged 65 and over, and displayed no signs of cognitive disorders. Information was gathered through a survey designed to shed light on the circumstances which might lead to institutionalization.

Although the aim is not to test hypotheses or generalize analyses, the results could contribute to point out similarities with the situation of elderly also institutionalized.

The characteristics of the sampled population showed convergence with the conclusions of several existing studies about the determinants of institutionalization, namely the influence of gender, age or marital status. Nevertheless, it was possible to verify that health problems and the inherent loss of independence, although present in the sampled population, were clearly not the only reasons for institutionalization. The unavailability (or absence) of family members, or loneliness were also relevant factors.



For some people that due to various circumstances find themselves alone or in a fragile situation, long-term institutionalization is the best answer to needs not fulfilled by their community. Institutionalization can therefore be seen as an advantage.

KEYWORDS

Ageing; Functionality; Disability; Long-Term Care; Predictors of Institutionalization.

ÍNDICE GERAL

Introdução	14
1ª Parte: Quadro Conceptual	
1- Sociedade e envelhecimento	16
1.1- Envelhecimento demográfico no contexto europeu	21
1.2- Envelhecimento demográfico em Portugal	26
2- Conceito de idoso	31
3- Modificações decorrentes do envelhecimento biológico	34
4- O envelhecimento gerador de vulnerabilidade	40
4.1- Da vulnerabilidade à dependência	45
4.2- Mudanças no contexto social e familiar e as respostas sociais ao idoso	46
5- Da dependência à institucionalização do idoso	59
6- Institucionalização de idosos	65
6.1- Sobre a génese dos lares para idosos em Portugal	66
6.2- Preditores da institucionalização	70
2ª Parte: Estudo Empírico	
1- Nota introdutória	75
2- Dimensões analisadas	78
3- Definição da população, seleção e caracterização da amostra	80
3.1- Caracterização das Instituições envolvidas no estudo	82
4- Instrumentos de recolha de dados	84
3ª Parte: Apresentação e discussão de resultados	
1- Análise estatística e limitações do estudo	87
2- Caracterização da amostra	89
2.1- Dados sociodemográficos	89
2.2- Condições socioeconómicas e de saúde prévias à institucionalização	93
2.3- Circunstâncias da institucionalização	100
3- Conclusões	107
4- Reflexões finais	109



Referências bibliográficas	111
Anexos:	
I- Pedido de autorização para aplicação dos questionários	119
II- Modelo de questionário	120
III- Termo de consentimento informado	129

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- População nos países da União Europeia a 1 de Janeiro de 2010	22
Figura 2- Evolução do índice de dependência de idosos em Portugal e UE27	24
Figura 3- Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001 e 2011	27
Figura 4- Pirâmides etárias nacionais (1950 – 2001)	29
Figura 5- Indicadores de pobreza	41
Figura 6- Famílias clássicas, Portugal e regiões em 2001 e 2011	49
Figura 7- Curva de capacidade funcional ao longo do ciclo vital	59
Figura 8- Dados referentes à população e amostra do estudo	81
Figura 9- Fachada do Complexo Social Sagrada Família	82
Figura 10- Espaço exterior do Lar Santo António	82

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Género	89
Tabela 2. Idade	90
Tabela 3. Género * Escolaridade	90
Tabela 4. Situação conjugal	91
Tabela 5. Última atividade profissional	92
Tabela 6. Famílias clássicas, Portugal e regiões em 2001 e 2011	93
Tabela 7. Tipo de habitação	93
Tabela 8. Relacionamento familiar	94
Tabela 9. Perceção sobre rendimentos auferidos	95
Tabela 10. Necessidade de apoio de terceiros para pagamento da Instituição	96
Tabela 11. Principal doença ou incapacidade	96
Tabela 12. Apoio social recebido antes da institucionalização	98
Tabela 13. AVD – Índice de Katz	99
Tabela 14. AIVD – Escala de Lawton & Brody	99
Tabela 15. Tempo de institucionalização	101
Tabela 16. Idade * Tempo de institucionalização	101
Tabela 17. Motivo para a institucionalização	102
Tabela 18. Iniciativa de institucionalização	103
Tabela 19. Processo de adaptação à Instituição * Iniciativa de institucionalização	104
Tabela 20. Contactos e visitas frequentes com familiares e amigos	106



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Nº de coabitantes **94**

Gráfico 2. Autoperceção sobre estado de saúde **97**



INTRODUÇÃO

Com o aumento das expectativas de vida da população, nomeadamente, desde o último quarto do século XX o interesse pelos assuntos gerontológicos foi ganhando relevância suplantando mesmo os domínios da infância e adolescência o que conduziu a que crescentemente também os assistentes sociais se interessassem pelos conteúdos, metodologias e políticas sociais relacionadas com o fenómeno do envelhecimento dado o surgimento de novas necessidades dele decorrentes e da criação ou adequação de políticas, instituições ou agentes que melhor respondam a essas novas necessidades desta população.

Como salienta Anthony Giddens (2004) “vivemos numa sociedade em envelhecimento, onde a proporção de pessoas com idade superior a sessenta e cinco anos está a aumentar de forma sustentada.” Daí que a “importância social do envelhecimento” seja, de facto, uma das questões que “possuem um alcance maior” (idem). Além disso, conforme refere o mesmo autor, “aquilo em que consiste a terceira idade – as oportunidades que proporciona e os fardos que implica – está de facto a mudar drasticamente” face a mudanças significativas na sociedade. É perante esta realidade que se torna fundamental a procura de um conhecimento mais aprofundado sobre as diferentes dimensões da pessoa idosa.

Em resultado do envelhecimento da população, a procura por cuidados de longa duração deve aumentar nas próximas décadas.

Enquanto Assistente Social e sendo esta uma profissão que interage constantemente com políticas e direitos, não podia ficar alheia ao tema envelhecimento e às implicações deste fenómeno.

Neste sentido, constituíram-se como objetivos do presente trabalho:

Objetivo Geral:



- Conhecer e caracterizar os fatores que levam à institucionalização a partir da avaliação auto reportada de uma população com 65 ou mais anos institucionalizada

Objetivos Específicos:

- Construção de um questionário dirigido a uma população institucionalizada, sem défice cognitivo, em duas instituições (IPSS) do concelho da Amadora;
- Caracterização da população institucionalizada
- Identificação e análise dos fatores que levam à institucionalização

1ª PARTE: QUADRO CONCEPTUAL

1- Sociedade e Envelhecimento

O envelhecimento da população mundial é progressivo e rápido, um fenómeno sem precedentes que afeta quase todos os países do mundo. Enquanto a fecundidade continuar a cair ou a permanecer baixa, aumentar a sobrevivência de pessoas com idades mais avançadas, a proporção de pessoas idosas continuará a crescer.

Embora o mundo esteja a envelhecer de uma forma global, há diferenças no ritmo de envelhecimento da população sendo mais rápido no mundo em desenvolvimento. Hoje, quase duas em cada três pessoas com 60 ou mais anos vivem em países em desenvolvimento, em 2050, quase quatro em cada cinco irão viver no mundo em desenvolvimento.

Nunca antes tantas pessoas conseguiram alcançar idades tão avançadas e, por outro lado, a par do incremento da longevidade permanecemos mais ativos e melhores que no tempo dos nossos antepassados devido aos significativos progressos científicos e na tecnologia da saúde mas também devido a melhorias nas condições de vida, concretizadas pelas melhores condições habitacionais, de higiene e nutrição, educacionais e no ambiente de trabalho que permite que as pessoas estejam menos suscetíveis às agressões e aos riscos para a saúde, permitindo ainda que adquiram, desde a primeira infância, condições para usufruir de um estilo de vida mais saudável.

O aumento da longevidade e dos aspetos a ela inerentes fazem do fenómeno do envelhecimento uma questão atual que merece uma reflexão aprofundada face às implicações significativas do ponto de vista social, cultural e epidemiológico.

Projeções oficiais apontam para uma dinâmica populacional sem precedentes, com um crescente peso das populações seniores e uma redução preocupante do peso da população ativa.

A relação entre o número de idosos e jovens traduz-se num índice de envelhecimento significativo e o índice de dependência e o peso dos grandes idosos na estrutura populacional são indicadores relevantes no âmbito da previsão da necessidade de prestação de cuidados aos idosos.

Quando se fala em envelhecimento, é essencial distinguir duas grandes perspetivas: do ponto de vista individual enquanto fenómeno biológico e irreversível, um processo multidimensional que envolve mudanças físicas, psicológicas e sociais, e do ponto de vista da análise demográfica, entendido como um fenómeno coletivo, possivelmente de natureza cíclica e não totalmente irreversível que se encontra relacionado com a idade da população, não à idade cronológica mas sim à idade de uma população, entendida como o resultado da distribuição por idades dos seus membros. Neste sentido, o conceito de envelhecimento demográfico é entendido pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total, aumento que é conseguido em detrimento da população jovem, e/ou da população em idade ativa.

Notestein (1945), autor da formulação inicial da teoria da transição demográfica equacionou pela primeira vez a hipótese de as populações entrarem num processo de envelhecimento devido à baixa fecundidade. Mas outros demógrafos defenderam que o envelhecimento resultaria não apenas da baixa da natalidade como também da baixa da mortalidade. A estas teorias acresce ainda uma terceira que refere que o envelhecimento pode ser iniciado através de alterações nas estruturas intermédias devidas à emigração de adultos ativos.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2002), o fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o



estreitamento da base da pirâmide etária, com redução dos efetivos populacionais jovens e o alargamento do topo com acréscimo dos efetivos populacionais idosos.

Também Fernandes (1997) partilha a mesma noção transmitindo que o declínio da mortalidade começou por promover um rejuvenescimento, uma vez que afetou todas as classes etárias, particularmente os grupos mais jovens e, desta forma, favoreceu também, indiretamente, a natalidade.

Schroots e Birren, 1980, mencionados por Paúl (1991) referem que o envelhecimento tem três componentes, o processo de envelhecimento biológico como resultado de uma vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se dá o nome de senescência; o envelhecimento social relativo aos papéis sociais e às expectativas que a sociedade coloca neste grupo etário e, por fim, o envelhecimento psicológico definido como a auto-regulação, orientando a sua tomada decisões e opções adaptadas ao processo de senescência e envelhecimento.

A Organização das Nações Unidas (ONU) utiliza os 60 anos para referir a pessoas mais velhas. Esta linha, que divide as gerações mais jovens e mais velhas de uma população, é também utilizada por demógrafos.

De acordo com alguns investigadores, a medida mais utilizada para caracterizar o envelhecimento é a idade cronológica, ou seja, a quantidade de tempo vivido a partir do nascimento (Spirduso, 1995). Este mesmo autor define envelhecimento como o processo ou grupo de processos que ocorrem nos organismos vivos e que com a passagem do tempo levam a uma perda de adaptabilidade, danos funcionais e eventualmente à morte, sendo uma extensão lógica dos processos fisiológicos de crescimento e desenvolvimento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica cronologicamente como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade.

No entanto, em muitos países desenvolvidos, a idade de 65 anos é utilizada como ponto de referência para as pessoas idosas uma vez que esta é muitas vezes a

idade em que as pessoas se tornam elegíveis para prestações de velhice da segurança social. Assim, não há uma definição exata de "velho", pelo facto de este conceito ter significados distintos em diferentes sociedades.

A definição de idoso é também desafiada pelas mudanças verificadas na esperança de vida dos seres humanos. Por volta de 1900, a esperança de vida era entre 45 e 50 anos nos países desenvolvidos da época. Hoje em dia a esperança de vida nos países desenvolvidos chega aos 80 anos.

Existem outras definições de idoso que vão além da idade cronológica. Velhice como uma construção social é muitas vezes associada a uma mudança de papéis sociais, por exemplo, tornar-se avô ou pensionista. Frequentemente define-se a velhice como uma fase em que a capacidade funcional, mental e física se encontra em declínio e as pessoas são mais propensas a doenças ou incapacidades.

Determinar o início da velhice é, sem dúvida, uma tarefa complexa, pois é difícil a generalização em relação à velhice e há distinções significativas entre diferentes tipos de idosos e velhices.

No entanto, a idade cronológica não é capaz, por si só, de dar suporte suficiente para retratar o panorama real das capacidades físicas ou de saúde do indivíduo (Pu e Nelson, 2001; Carvalho, 2003).

A par dos fatores genéticos que determinam muito do processo de envelhecimento há a realçar que não é igual envelhecer no feminino ou no masculino, sozinho ou no seio de família, casado, solteiro, viúvo ou divorciado, com filhos ou sem filhos, no meio urbano ou no meio rural, na faixa do mar ou na intelectualidade das profissões, no seu país de origem ou no estrangeiro, ativo ou inativo. (Ministério da Saúde, 1998)

As dificuldades que o idoso enfrenta e a forma como envelhece, com maior ou menor valorização, deve-se em muito ao estatuto que determinada sociedade lhe confere.



Se em tempos mais longínquos o velho era considerado como um arquivo de saberes e experiências cuja transmissão era imprescindível para a sobrevivência da comunidade, hoje, passamos a questionar o sentido, os custos deste aumento da longevidade (Barreto, 2005).

Envelhecer há 50 anos atrás não constituía um problema; era encarado como um fenómeno natural, na medida em que não só as pessoas que envelheciam não eram muitas, como o aproveitamento e imagem que a sociedade tinha da população que envelhece era diferente daquela que se tem hoje (Costa, 1999).

As pessoas idosas são um grupo da população altamente diversificado em termos de, por exemplo, idade, sexo, etnicidade, rendimento, educação e saúde. É importante reconhecer isso, a fim de responder adequadamente às necessidades de todas as pessoas mais velhas, especialmente as mais vulneráveis.

A população é classificada como envelhecida quando as pessoas mais velhas se tornam uma parte proporcionalmente maior do total da população.

Em 1950, havia 205 milhões de pessoas com mais de 60 anos em todo o mundo. Em 2012, este número aumentou para perto de 810 milhões e as projeções apontam para que se atinja 1 bilião em menos de uma década e que esse número duplique em 2050.

No entanto, existem acentuadas diferenças entre regiões, por exemplo, em 2012, 6% da população africana tinha 60 ou mais anos, comparado com 10% na América Latina e Caraíbas, 11% na Ásia, 15% na Oceânia, 19% na América do Norte e 22% na Europa. Em 2050 é esperado que na África 10% da população tenha 60 ou mais anos, comparativamente com 24% na Ásia e na Oceânia, 25% na América Latina e Caraíbas, 27% na América do Norte e 34% na Europa.

A esperança de vida à nascença aumentou substancialmente em todo o mundo. Presentemente, a esperança de vida à nascença é superior a 80 anos em 33 países, há apenas cinco anos atrás este número era alcançado apenas por 19 países.

1.1 Envelhecimento demográfico no contexto europeu

A OMS (2005) referiu-se ao envelhecimento demográfico como o fenómeno mais relevante deste século nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera socioeconómica, para além das modificações que se refletem a nível individual e em novos estilos de vida.

O envelhecimento resulta da transição demográfica das sociedades, definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e de mortalidade elevados para um modelo de níveis baixos dos mesmos e, simultaneamente um aumento generalizado da esperança de vida das populações, fenómeno observado pelo estreitamento relativo da base da pirâmide de idades (menor peso de efetivos populacionais jovens) e um alargamento do topo (aumento relativo de efetivos populacionais idosos).

Este fenómeno ocorreu em todos os países desenvolvidos e verifica-se atualmente com maior intensidade nos países em desenvolvimento.

Segundo Fernandes (2008), nos últimos anos, na grande maioria dos países que constituem a União Europeia, a população cresceu a ritmos próximos de zero, ou começou já a decrescer. Países como a Alemanha, a Estónia, a Letónia, a Lituânia, a Hungria ou a Polónia apresentaram, em 2004, taxas de crescimento negativas. Nestes países a capacidade de reprodução da população é baixa, rondando 1,2 crianças por mulher, dos valores mais baixos jamais atingidos na história das populações.

A estrutura da população da União Europeia está a mudar e a tornar-se progressivamente mais velha. Em 1984 existiam 49.000.000 de idosos na Europa, e em 2025 preveem-se 80.000.000 (Jacob, 2001).

Efetivamente, a população com 65 e mais anos tem vindo a aumentar em todos os países da União Europeia, tendência que se irá manter nas próximas décadas segundo estudos realizados pelo Eurostat. Na generalidade, todos os Estados Membros apresentam um peso elevado quer do grupo etário 65-69 anos quer no grupo etário de 80 e mais anos, com destaque para a Alemanha, Grécia, Bulgária, Itália e Portugal no grupo etário dos 65-79 e Itália, França, Suécia, Alemanha, Finlândia, Áustria e Portugal para o grupo de pessoas com 80 e mais anos.

Milhares	Total	50 a 64 anos			65 a 79 anos			80 + anos		
		Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
UE27	501 104	19,1%	9,3%	9,8%	12,7%	5,7%	7,0%	4,7%	1,6%	3,1%
Euro área	330 910	18,9%	9,3%	9,6%	13,3%	6,0%	7,2%	5,0%	1,7%	3,3%
BE	10 840	19,3%	9,6%	9,7%	12,2%	5,6%	6,7%	4,9%	1,7%	3,2%
BG	7 564	20,8%	9,8%	11,0%	13,7%	5,7%	8,0%	3,8%	1,4%	2,4%
CZ	10 507	20,8%	10,1%	10,7%	11,7%	5,0%	6,7%	3,6%	1,1%	2,4%
DK	5 535	19,6%	9,8%	9,8%	12,2%	5,8%	6,4%	4,1%	1,5%	2,7%
DE	81 802	19,3%	9,6%	9,7%	15,6%	7,2%	8,4%	5,1%	1,6%	3,5%
EE	1 340	18,8%	8,3%	10,5%	13,0%	4,6%	8,3%	4,1%	1,0%	3,1%
IE	4 468	16,0%	8,0%	8,0%	8,5%	4,1%	4,5%	2,8%	1,0%	1,8%
EL	11 305	18,9%	9,2%	9,7%	14,3%	6,4%	8,0%	4,6%	2,0%	2,6%
ES	45 989	17,4%	8,5%	8,9%	12,0%	5,4%	6,6%	4,9%	1,7%	3,1%
FR	62 791	19,2%	9,4%	9,9%	11,5%	5,2%	6,3%	5,3%	1,8%	3,5%
IT	60 340	19,0%	9,2%	9,7%	14,5%	6,5%	7,9%	5,8%	2,0%	3,8%
CY	803	18,0%	8,9%	9,1%	10,1%	4,7%	5,4%	2,9%	1,2%	1,7%
LV	2 248	18,5%	8,2%	10,3%	13,4%	4,8%	8,7%	3,9%	0,9%	3,0%
LT	3 329	17,7%	7,8%	9,9%	12,4%	4,5%	7,9%	3,6%	0,9%	2,7%
LU	502	17,8%	9,1%	8,7%	10,3%	4,7%	5,6%	3,6%	1,2%	2,5%
HU	10 014	20,3%	9,4%	11,0%	12,7%	4,9%	7,8%	3,9%	1,2%	2,8%
MT	414	21,4%	10,6%	10,8%	11,5%	5,1%	6,4%	3,3%	1,2%	2,1%
NL	16 575	20,1%	10,1%	10,0%	11,4%	5,4%	6,0%	3,9%	1,3%	2,6%
AT	8 375	18,4%	9,0%	9,3%	12,8%	5,8%	7,0%	4,8%	1,5%	3,3%
PL	38 167	20,8%	9,8%	10,9%	10,2%	4,1%	6,1%	3,3%	1,0%	2,3%
PT	10 638	18,6%	8,9%	9,7%	13,4%	5,9%	7,5%	4,5%	1,6%	2,9%
RO	21 462	18,8%	8,9%	9,9%	11,9%	4,9%	6,9%	3,1%	1,1%	2,0%
SI	2 047	20,3%	10,3%	10,1%	12,6%	5,4%	7,2%	3,9%	1,1%	2,8%
SK	5 425	19,5%	9,3%	10,2%	9,5%	3,8%	5,8%	2,7%	0,8%	1,9%
FI	5 351	21,7%	10,8%	11,0%	12,4%	5,6%	6,8%	4,6%	1,4%	3,2%
SE	9 341	19,1%	9,6%	9,5%	12,8%	6,1%	6,7%	5,3%	2,0%	3,3%
UK	62 027	18,2%	8,9%	9,2%	11,8%	5,5%	6,3%	4,6%	1,7%	2,9%

Fonte: Eurostat, Base de dados Demográficos

Figura 1- População nos Países da União Europeia a 1 de Janeiro de 2010

Fonte: Eurostat, Base de dados Demográficos



No contexto europeu, Portugal expressa uma estrutura demográfica considerada como intermédia face ao envelhecimento (Fernandes, 1997)

A 1 de Janeiro de 2010 havia pouco mais de 87 milhões de pessoas com 65 ou mais anos, cerca de 17,4% do total da população, números que podem ser comparados com os recolhidos a 1 de Janeiro de 1985, onde havia 59,3 milhões de pessoas com 65 ou mais anos na EU-27 (12,8% do total da população).

Uma forma de ilustrar esta mudança estrutural na população da UE-27 é através do rácio de dependência dos idosos que analisa a relação entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e a população em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos). No início de 2010 a população com idade igual ou superior a 65 anos correspondia a 25,9% da população em idade ativa na UE-27.

O valor do Índice de dependência de idosos (entendido como a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) tem vindo a crescer de forma ininterrupta, atingindo 28,8% em 2012, isto é, a população com 65 ou mais anos equivale a mais de um quarto da população em idade ativa. A partir de 1995, Portugal passou a apresentar valores ligeiramente acima da média europeia, apesar da UE27 apresentar também uma tendência de crescimento (embora menos acentuada).

Este indicador é utilizado para monitorizar alterações na estrutura da população, nomeadamente a evolução demográfica, marcada pelo envelhecimento da população, permitindo uma aproximação ao rácio entre a população reformada e a população em idade ativa e, como tal, fornece uma indicação sobre a tendência para agravamento dos custos com os sistemas de saúde e segurança social com o encargo potencial futuro com os cuidados aos idosos, especialmente com pensões.

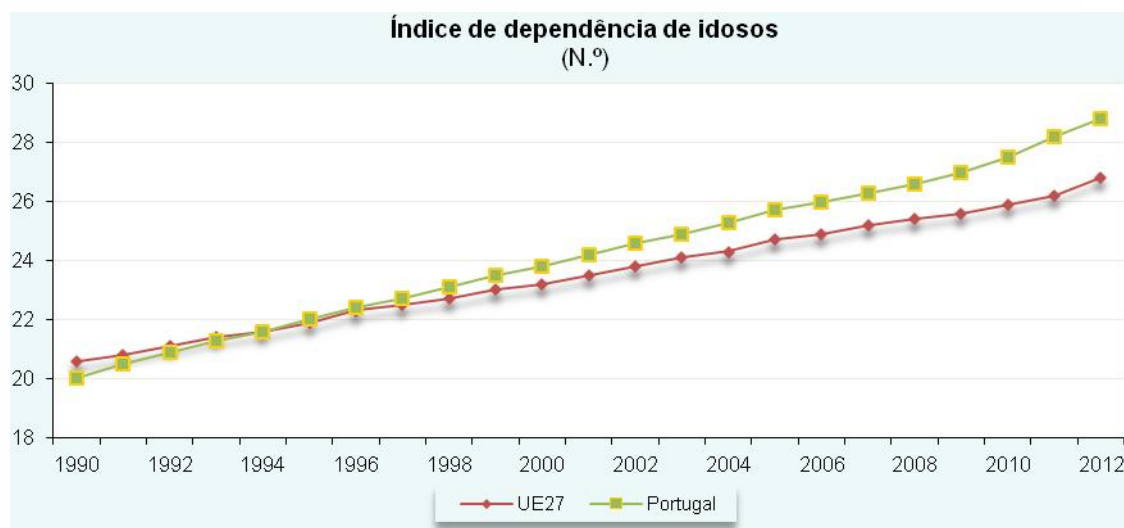


Figura 2- Evolução do índice de dependência de idosos em Portugal e UE27

Fonte: Eurostat; INE (Portugal)

As taxas de natalidade consistentemente baixas e uma maior esperança de vida irá transformar a forma da pirâmide etária da UE-27. Provavelmente a mudança mais significativa será a transição acentuada para uma população mais velha, tendência que já se torna evidente em vários estados-membros. Em resultado, diminuirá a proporção de pessoas em idade ativa na UE-27, o número de aposentados expandir-se-á e a proporção de pessoas idosas na população total irá aumentar significativamente nas próximas décadas.

Face ao aumento do índice de longevidade, entendido pelo INE como a relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos e ao decréscimo das taxas de fecundidade, os países desenvolvidos confrontam-se com o envelhecimento da sua população.

A melhoria nas condições de saúde tem contribuído de forma significativa para o aumento da esperança de vida à nascença ao passo que a crescente participação da mulher no mercado de trabalho tem vindo a ser considerada como uma causa e consequência da redução das taxas de fecundidade. O envelhecimento populacional representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades

modernas com reflexos a nível socioeconómico e impacto na definição de políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de natureza individual através da adoção de novos estilos de vida.

O desafio que o envelhecimento demográfico atual representa para as sociedades poderá ser analisado de forma global segundo as seguintes dimensões:

- Relativo declínio da população ativa e envelhecimento da mão-de-obra;
- Pressão sobre os regimes de pensão e as finanças públicas, provocada pelo número crescente de reformados e pela diminuição da população em idade ativa;
- Necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência a pessoas idosas;
- Diversidade dos recursos e das necessidades dos idosos;
- Inatividade abrupta que cria sentimentos de inutilidade, rejeição e afastamento.

Apesar do envelhecimento demográfico estar presente em todos os países desenvolvidos, em alguns países como é o caso de Portugal, as estimativas da OCDE (2006) revelam que em 2050 mais de 30% da população terá 65 ou mais anos, revelando ainda que nessa altura haverá 7 reformados por cada 10 trabalhadores com consequentes impactos na sustentabilidade no sistema de segurança social e o inevitável crescimento da despesa pública devido a um maior número de beneficiários de pensões e com os cuidados de saúde.

1.2 O envelhecimento demográfico em Portugal

Até finais de oitocentos vigorou o modelo típico de sociedades anteriores à primeira fase de transição demográfica, caracterizada por elevados níveis de mortalidade a que se contrapunham níveis de fecundidade ainda superiores e movimentos migratórios que pouco influenciavam o ritmo de crescimento global, tendencialmente lento. Só no século XIX, sobretudo a partir da década de sessenta, é que se reconheceu o papel determinante dos ritmos e direções das migrações na sociedade portuguesa e em termos populacionais, dando-se na última década daquele século os primeiros passos no processo de transição demográfica (embora tardiamente em termos comparativos europeus), classicamente definida pela descida global dos níveis de mortalidade, em especial da infantil e juvenil que se tornou possível graças aos avanços da ciência médica, à generalização das práticas de profilaxia e divulgação de princípios de higiene pública e privada. O declínio da mortalidade sustentou também ganhos em termos de esperança de vida dos portugueses que continuou gradualmente a aumentar, fixando-se em 75 anos para os homens e 82 anos para as mulheres (Population Reference Bureau, 2009).

Portugal registou em 2011 um índice de longevidade de 79,20 (80,57 para as mulheres e 74 para os homens) e as projeções para 2050 apontam para um aumento significativo deste índice. É também significativa a previsão da esperança de vida para aqueles que atingirem os 80 anos. Dos 7,6 anos que as mulheres dos nossos dias podem viver, em média, para além dos 80 anos, em 2050 passar-se-á para 10,2.

Os resultados provisórios dos Censos de 2011 publicados pelo Instituto Nacional de Estatística apontam para um agravamento na última década do fenómeno do duplo envelhecimento, caracterizado pelo aumento da população idosa, por um lado, e pela redução da população jovem por outro, conforme gráfico abaixo.

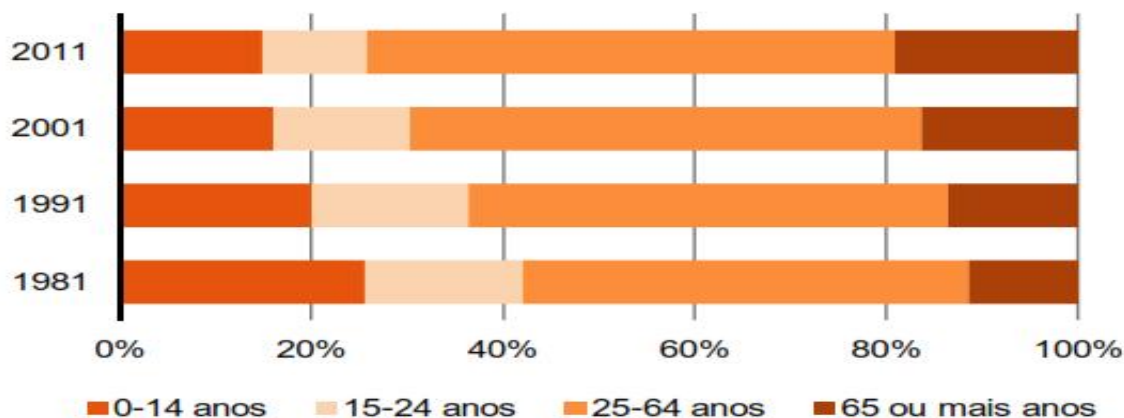


Figura 3- Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001 e 2011
 Fonte: INE

Relativamente ao índice de envelhecimento da população este situa-se em 129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos. Verificou-se igualmente um agravamento do índice de dependência total que passou de 48 para 52, o que significa que por cada 100 pessoas em idade ativa existem hoje 53 dependentes.

Estes resultados refletem o perfil demográfico do país caracterizado por um aumento da população mais idosa e pela diminuição da população mais jovem, motivado sobretudo pela diminuição da natalidade. Portugal apresentava, em 2009, uma das maiores taxas de dependência na UE, com um valor de 26,3%, só ultrapassado pela Itália, Grécia e Suécia, com o valor de 30,6% e pela Alemanha com o valor de 30,9%, sendo a média comunitária de 25,6%. Em menos de 15 anos, o índice de dependência passou em Portugal de 22% para mais de 26%.

De acordo com a mesma fonte, as características demográficas da população revelam que se agravou o envelhecimento da população na última década. A esperança de vida à nascença em 1920/21 era de 39,98 anos e aumentou para 79,6 anos em 2009, ou seja, num horizonte temporal de noventa anos a duração média de vida em Portugal duplicou.



Em Portugal, entre 1950 e 2009, o número de nados vivos decresceu 52%, o que reflete a diminuição do peso das novas gerações e o fenómeno da seniorização com marcadas consequências para a base da sustentação demográfica.

No entanto, o envelhecimento da população portuguesa não pode ser explicado apenas pela quebra da natalidade uma vez que houve outras dinâmicas que intervieram neste processo, nomeadamente devido às vagas de emigração que tomaram maior expressão a partir da década de 50 do século passado. Este movimento alterou o peso das estruturas etárias intermédias, ou seja, dos adultos ativos, alterações que se traduziram no alargamento do topo da pirâmide e no estreitamento da sua base.

A forte emigração e a baixa da natalidade têm, então, estado na origem do contínuo envelhecimento das populações.

As alterações na estrutura etária da população portuguesa traduzem-se, fundamentalmente, no seguinte:

- a) Diminuição constante da taxa de natalidade: em que as gerações deixam de ser substituídas numericamente e o lugar dos adultos e dos "velhos" aumenta no total. O declínio da taxa de natalidade está associado a diversos fenómenos, como a redução da nupcialidade, o casamento tardio, a emancipação da mulher e a sua maior participação no mercado de trabalho. Também a generalização dos métodos contraceptivos e os encargos sociais acrescidos decorrentes de uma família numerosa são fatores que condicionam uma baixa de nascimentos;
- b) Aumento "significativo" da esperança de vida, resultante das melhores condições sociais e tecnológicas, dos progressos da medicina preventiva, curativa e reabilitadora.

O envelhecimento da base da pirâmide demográfica começou em 1970, acentuando-se nas décadas seguintes. Quanto à população em idade ativa, em 1950

observam-se as primeiras perdas de homens e de mulheres entre os 30 e os 35 anos, tendência que se estende na década seguinte às idades mais jovens, mas é em 1970 que os efeitos da emigração, masculina e feminina se acentuam. Em 1991 a pirâmide sofre uma transformação radical assumindo uma configuração em ânfora sem asas, em resultado da continuação do estreitamento da sua base e o alargamento das idades intermédias e do topo. O alargamento do topo iniciou-se em 1981 e desde então tem vindo continuamente a acentuar-se.

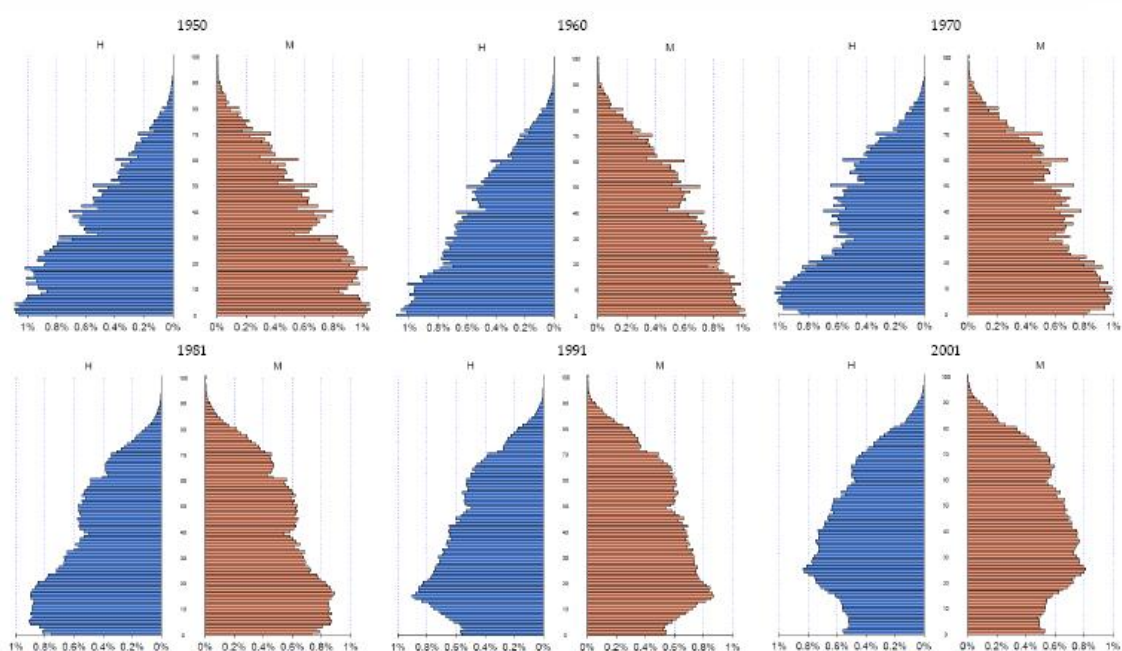


Figura 4- Pirâmides etárias nacionais (1950-2001)

Fonte: Fundação Francisco Manuel dos Santos “Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa: evolução e perspectivas”

O efeito da diminuição da mortalidade e da natalidade tem-se traduzido no envelhecimento da população portuguesa que pode ser verificada no estreitamento da base da pirâmide etária e alargamento dos grupos intermédios.

Prevê-se que se acentue, em 2050, a tendência de involução da pirâmide etária, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos e 14,4% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos. Portugal regista, em 2011, um índice de longevidade de 79,20 (80,57 para as mulheres e 74,0 para os homens), apontando as projeções para 2050 para um aumento significativo deste índice, já que se prevê que as pessoas

possam viver, em média, 81 anos (84,1 as mulheres e 77,9 os homens). Significativa, ainda, é a previsão da esperança de vida para aqueles que atingirem os 80 anos. Em 2050, dos 7,6 anos que as mulheres dos nossos dias podem viver, em média, para além dos 80 anos, passar-se-á para 10,2 e, dos 5,9 anos para os homens passar-se-á para os 7,3.

O peso dos idosos e dos grandes idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significativa. O número de idosos com mais de 80 anos passou de 340,0 milhares, em 2000, para 484,2 milhares, em 2010, aumento que refletiu, sobretudo, o crescimento da população feminina desta faixa etária que teve um acréscimo de cerca de 80%.

Segundo os dados das Nações Unidas, para 2007, Portugal era o décimo país do mundo com maior percentagem de idosos e o décimo quarto com maior índice de envelhecimento.

Dados publicados pela ONU (2001) apontam ainda para a existência, em Portugal de 300 pessoas com 100 ou mais anos, prevendo-se que esse número ascenda aos 1.800 e em 2050 atinja 6.400 pessoas.

O peso da população sénior no conjunto da população total aumentou continuamente, de década para década os seniores ganharam um peso cada vez maior. Segundo indicadores demográficos de 2010 do Instituto Nacional de Estatística mantém-se a tendência de envelhecimento da população já observado nos últimos anos em consequência, não apenas do aumento da esperança de vida mas também dos baixos valores do índice sintético de fecundidade que continua abaixo do limiar de substituição das gerações, que caiu de 1,41 para 1,37 crianças por mulher.

2. Conceito de Idoso

O conceito de idoso tem sido objeto de intenso debate. Confrontam-se duas visões distintas na definição de idoso: uma primeira representação que descreve de uma forma negativa o idoso e a velhice, em que o idoso é encarado como um ser humano frágil e em situação de “pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência” e a velhice como sinónimo de exclusão e de sofrimento. (Mauritti, 2004,) A mesma autora aponta para uma segunda representação em que o idoso é considerado como um potencial “segmento específico de consumo” e a velhice é encarada como uma época de reflexão, ócio, de dedicação às atividades de autoaperfeiçoamento e que constituem elementos para o conceito de envelhecimento ativo.

Serrão (2006) propõe o conceito de seniores para designar homens e mulheres com mais de 65 anos, desligados de atividades profissionais formais, que mantêm as suas capacidades, são independentes, saudáveis e ativos, abrangendo em termos etários três décadas, dos 65 aos 85 anos.

O autor defende ainda a existência de três subtipos de homens e mulheres:

(i) Idosos muito dependentes, com idades acima dos 85 anos e com dependência que resulta ou do envelhecimento natural ou surge “por doença, incluindo a doença oncológica em fase terminal” (Serrão, 2006).

(ii) Idosos dependentes, cuja dependência é resultante, sobretudo, de doença crónica que obriga a tratamentos médicos constantes.

(iii) Idosos independentes são os que mantêm as suas capacidades mas estão inativos “agarrados ao falso *slogan*: não faço nada porque estou reformado” (Serrão, 2006).

Fonseca (2004) considera vantajoso o recurso às categorias de idade defendidas por Birren & Cunningham:

- Idade biológica: o funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano diminui com o tempo, afetando a saúde dos indivíduos;
- Idade psicológica: as capacidades de natureza psicológica das pessoas para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental determinam as suas competências fundamentais para o controlo pessoal e a autoestima;
- Idade sociocultural: refere-se ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam numa sociedade e que influenciam os comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, etc.

Gorman (2000) defende que “o processo de envelhecimento é, naturalmente, uma realidade biológica que tem a sua dinâmica própria, em grande parte fora do controle humano. No entanto, ele também está sujeito às construções pelas quais em cada sociedade faz sentido a velhice. No mundo desenvolvido, o tempo cronológico desempenha um papel essencial em que a idade de 60 ou 65 anos, está legislada ser a idade de reforma e ser assim o início da velhice. Mas em muitas regiões do mundo em desenvolvimento, o tempo cronológico tem pouca ou nenhuma importância no sentido da velhice”.

A noção de idade funcional proposta por Fernández-Ballesteros (2000) tem em conta que algumas funções diminuem necessariamente de eficácia (sobretudo as de natureza física, biológica), outras estabilizam (personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (experiência, sabedoria). Uma das implicações deste conceito é a de que uma intervenção externa orientada para reforçar algumas das funções (competências dos idosos) pode permitir uma melhoria nas condições para um envelhecimento satisfatório Fonseca (2004).

A nível internacional existem diversas definições sobre o conceito de idoso, sendo que tradicionalmente se continue a considerar idosa a pessoa a partir dos 65 anos, definição também adotada pela OMS.

No entanto, no atual quadro de desenvolvimento humano, atingir os 65 anos de idade não importa, em si mesmo, uma imediata transformação dos indivíduos em idosos, no sentido mais corrente do termo. Nesta ótica, olhar para os idosos implica, necessariamente, observar duas realidades diferentes: o idoso ativo, independente e na posse das suas faculdades intelectuais e o idoso dependente, com evidentes e quase sempre progressivas vulnerabilidades.

Neste sentido, isoladamente, o fator cronológico, não é um indicador de velhice uma vez que o envelhecimento não é algo homogéneo, constitui-se como uma experiência individual e ocorre diferentemente em cada pessoa e em cada sociedade. No entanto, apesar de ser pouco preciso, o critério cronológico é um dos mais utilizados para estabelecer o que é ser idoso sendo amplamente utilizado para delimitar a população de um determinado estudo, para análise epidemiológica ou ainda para o desenho de políticas públicas e para o planeamento e oferta de serviços.

Na realidade, o envelhecimento é um processo que atinge diferentemente os indivíduos, pelo que o idoso não deve ser definido apenas pelo critério cronológico uma vez que outras condições, nomeadamente, físicas, funcionais, mentais e de saúde podem influenciar diretamente na determinação desse conceito.

No âmbito do presente trabalho de investigação a terminologia a adotar será de pessoas com 65 ou mais anos, no sentido de permitir uma mais clara delimitação da população em estudo.



3. Modificações decorrentes do envelhecimento biológico

As mudanças físicas, psicológicas e sociais comuns nos idosos levam-nos a enfrentar perdas, diminuição do nível de saúde, afastamento do mercado de trabalho e diversas situações desfavoráveis.

Serge Laganière, citado por Berger (1995), referiu que o envelhecimento foi durante muito tempo considerado como um fenómeno patológico relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças de infância. No entanto, a senescência não é uma doença mas um processo de diferenciação e de crescimento cujo sinal mais evidente é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo às alterações do meio ambiente.

Zambrana (1991) referiu que envelhecimento é um processo de degeneração biológica que se manifesta de várias formas. Aparece muito antes daquilo que entendemos por velhice, tem uma evolução contínua e vem acompanhado de uma limitação das capacidades de adaptação do indivíduo e de um aumento das possibilidades de morrer.

Kallinen e Markku (1995) referem como sendo um processo inexorável aos seres vivos que conduz a uma perda progressiva das aptidões funcionais do organismo, aumentando o risco do sedentarismo.

Para Berger (1995), o processo de envelhecimento é um fenómeno normal e universal. As alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa e dependem de fatores externos como o estilo de vida, atividade, ambiente, e de fatores internos como a bagagem genética e o estado de saúde.

Marques (1996) fala de um processo lento, progressivo e inevitável, caracterizado pela diminuição da atividade fisiológica e de adaptação ao meio externo



acumulando-se processos patológicos com o passar dos anos. As causas do envelhecimento podem ser individuais ou ambientais.

Referem Berger e Mailloux-Poirier (1995) que o envelhecimento é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo.

Netto e Filho (1996) entendem que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo no qual há alterações psicológicas, morfológicas, funcionais e bioquímicas que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas que terminam por conduzi-lo à morte.

Para Matsudo (1993) o envelhecimento é um processo pelo qual todos os indivíduos e organismos passam e é caracterizado pela diminuição gradual das capacidades dos vários sistemas orgânicos em conseguir realizar as suas funções de maneira eficaz.

Pode constatar-se que face ao conjunto variado de definições de envelhecimento não existe uma definição única e consensual, contudo, existem alguns pontos comuns: todas fazem referência à ocorrência de alterações a diferentes níveis que conduzem ao inevitável processo de senescência.

Assim, segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995) envelhecimento é um processo diferencial, pois varia de indivíduo para indivíduo e assume ritmos diferentes, porque na mesma pessoa podem-se processar tipos distintos de envelhecimento. É também um processo contínuo, que acompanha o indivíduo ao longo de toda a vida, tratando-se, portanto, de um fenómeno normal e inerente ao ser humano.

É um processo complexo e universal que resulta da interação entre diversos fatores:

- **Biológicos** (que caracterizam a perda progressiva da capacidade do corpo para se renovar, com diferenciações de um indivíduo para outro e

até diferenciações no mesmo indivíduo quando alguns órgãos envelhecem mais rapidamente que outros);

- **Psicológicos** (responsáveis pelas transformações sensoriais, perceptíveis, bem como da vida afetiva do indivíduo);
- **Comportamentais** (relativos às mudanças no comportamento enquadradas num determinado meio e reagrupadas em aptidões, expectativas, motivações, autoimagem, papéis sociais, personalidade e adaptação);
- **Sociais** (acontece de forma diferenciada em culturas diversas e está condicionado à capacidade de produção do indivíduo, sendo a reforma o marco mais relevante. Manifesta-se nas mudanças do status do idoso bem como no seu relacionamento com as outras pessoas em função de crises de identidade provocadas pelas mudanças em relação ao seu papel na família, no trabalho e na sociedade).

Embora o processo de envelhecimento seja universal para todos os indivíduos, constata-se que este é variável, pois a progressão e intensidade diferem ao longo do processo individual e entre indivíduos. As alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a ritmos diferentes de pessoa para pessoa, podendo iniciar-se prematuramente e conduzir à senilidade precoce, ou então produzir-se de forma lenta e levar a uma vida saudável por muito tempo.

De acordo com Matsudo (1993), as alterações que ocorrem durante o processo de envelhecimento prendem-se fundamentalmente com o incremento do peso, diminuição da altura, aumento da gordura corporal, redução da massa muscular e da densidade óssea. Com o avanço da idade a estatura e o peso do indivíduo sofrem modificações, deste modo a estatura diminui o que poderá ficar a dever-se a diversos fatores tais como a perda de água, enfraquecimento de grupos musculares, mudanças posturais, osteoporose, deterioração dos discos espinhais e deformações espinhais.



O envelhecimento perdura ao longo da vida, no entanto, se no início das etapas de desenvolvimento o envelhecimento assenta em alterações estruturais e funcionáveis pouco perceptíveis, surgem no final da terceira década as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais admitindo-se como regra geral que a partir dos 30 anos ocorre a cada ano a perda de 1% da função orgânica.

O ritmo do declínio das funções orgânicas varia não só de órgão para órgão como também entre idosos da mesma idade uma vez que o envelhecimento produz efeitos diferentes de uma pessoa para outra.

Para Berger (1995), os principais problemas de saúde dão-se a nível do sistema nervoso central, aparelho locomotor, sistema cardiovascular e sistema respiratório.

Hoeman (2000) refere que viver mais tempo aumenta as probabilidades em 80% de contrair uma ou mais doenças crónicas bem como limitações físicas incapacitantes.

De qualquer modo, os principais efeitos do processo de envelhecimento e/ou doença crónica manifestam-se a diferentes níveis, nomeadamente:

- Capacidade cardiovascular
- Capacidade respiratória
- Força e musculatura
- Flexibilidade
- Equilíbrio
- Habilidades motoras
- Massa óssea
- Capacidade de termo regulação



- Alterações sensoriais (visão, audição, percepção, processamento de informação, memória, padrões do sono)
- Sistema nervoso

De realçar que a presença de múltiplas afeções associadas na mesma pessoa (frequente nos idosos) aumenta a probabilidade de incapacidade para uma ou mais atividades de vida diária.

Estas incapacidades, no entender de Fedrigo (2000) estão a tornar-se cada vez mais prevalentes e têm importância crucial na medida em que não têm diagnóstico de resolatividade rápida e absorvem grandes quantidades de recursos materiais e de profissionais especializados.

Os problemas de saúde considerados típicos do processo de envelhecimento e que apresentam uma alta taxa de prevalência foram considerados por Bernard Isaacs (1996) como os “gigantes da geriatria” e de entre eles destaca:

- Incontinência urinária
- Instabilidade postural e quedas
- Imobilidade
- Demência
- Delirium
- Depressão

Com o envelhecimento podem verificar-se ainda modificações nas reações emocionais cujas principais características são: redução da tolerância a estímulos, vulnerabilidade à ansiedade e depressão, sintomas hipocondríacos, autodepreciativos ou de passividade, conservadorismo de carácter e de ideias e acentuação de traços obsessivos. (Souza, et al., 1998)



Apesar de a senescência ser um processo natural, com o aumento da idade aumenta a probabilidade do aparecimento de entidades patológicas cuja hierarquia é variável para diversos autores.



4. O envelhecimento gerador de vulnerabilidade

A OMS (2002) refere que o aumento da proporção da população idosa no total da população bem como no número de idosos a residirem sozinhos tem vindo a originar a problemática do isolamento social.

Segundo os Censos 2011, cerca de 1 205,5 milhares de pessoas com mais de 65 anos viviam sós e 797,9 milhares viviam em companhia exclusiva de outras pessoas idosas. Contudo, a situação de idosos a viverem sós, não é homogénea em todo o território nacional, apresentando diferenças significativas. É na região da Grande Lisboa que se encontram mais idosos a viver sós (22,3%), seguindo-se as regiões do Alentejo (21,9%) e Algarve (20,7%). Em termos de idosos que vivem exclusivamente com outros idosos, é na região do Alentejo que se verifica uma percentagem mais elevada (43,5%), seguido da Região Centro (42,9%) e da Região do Algarve (41,2%).

Capucha (2005) referindo Esping-Anderson, 1990; Ferrera et al., 2000, situa a criação de sistemas universais de proteção social destinados a proteger os trabalhadores, as suas famílias e o conjunto dos cidadãos de uma diversidade de riscos, encontrando-se entre eles o risco de velhice, sendo este um dos mais relevantes e também consumidor de maior volume de recursos.

Segundo o mesmo autor, a expressão risco encontra-se também presente na legislação portuguesa referindo-se aos esquemas de pensões de reforma devidas a pessoas que, por razões de idade entre outras abandonam a vida ativa. Embora refira não ser aceitável que o envelhecimento seja considerado um risco assente que o risco existe porque a última etapa da vida, cada vez mais longa para a maioria das pessoas, pode ser vivido sem a qualidade a que todo o cidadão tem direito.

O mesmo autor alerta para as questões relacionadas com a qualidade de vida em que os contrastes sociais acentuam-se nas idades mais avançadas, colocando a população idosa em situação de particular vulnerabilidade face à pobreza. Apesar de

uma evolução positiva registada por alguns indicadores (Eurostat – Household Pannel e Instituto da Segurança Social) que apontam para uma diminuição acentuada das taxas de pobreza entre os idosos, ela persiste muito acima da média, situação particularmente gravosa para os idosos isolados.

	1995	1998	2001
Risco de pobreza dos reformados, após transferências	34	30	25
Risco de pobreza entre a população com + 65 anos	38	35	30
Risco de pobreza de agregados de um adulto isolado com + 65 anos	57	52	46
Risco de pobreza dos agregados de um adulto isolado	34	33	28

Fontes: Eurostat, Household Pannel; Instituto da Segurança Social

Figura 5- Indicadores de pobreza

Fonte: Eurostat, Household Pannel; Instituto da Segurança Social

Capucha (2005) menciona ainda Rosário Mauritti (2004) e a construção de uma tipologia dos diferentes modos de vida da população idosa, tendo concluído que 33,1% integra a categoria dos “consumos elementares de sobrevivência” e que 23,8% se enquadram no tipo do “não consumo”, incluindo-se nesta categoria sobretudo os idosos mais velhos, de menores rendimentos, menos escolarizados, mais presentes nos meios rurais e mais isolados

O problema do isolamento emerge, assim, como uma fator relevante de vulnerabilidade.

Em Portugal, a população idosa tem sido tradicionalmente um dos grupos mais desfavorecidos em termos económicos (sendo que o seu nível de vida depende, sobretudo, de pensões), registando as taxas mais elevadas no que respeita a incidência, severidade e intensidade da falta de recursos. De acordo com fontes comunitárias, em 2009 a população com 65 e mais anos apresentava uma taxa de risco de pobreza (corresponde à população com rendimento anual inferior a 5.207,00€, ou seja, 434,00€/mês) de 21,0% depois das transferências sociais, superior à média

comunitária (17,8%). O agravamento do risco de pobreza aumenta com o avanço na idade, atingindo uma taxa de 24,4% na população com 75 e mais anos, sendo na UE de 20,3%.

Em 2011, o principal meio de sustento desta camada da população era assegurada em quase 90% pelas pensões e, segundo fontes comunitárias, cerca de 1,5 milhões de aposentados e reformados têm reformas e pensões abaixo dos 500,00€.

Os dados do INE relativos ao risco de pobreza revelam ainda um elevado risco para as famílias com um adulto com 65 ou mais anos quando comparado com a população em geral.

Um relatório conjunto da OCDE e da Comissão Europeia (2013) alusivo ao envelhecimento da população nos países da OCDE e da União Europeia, aborda questões como o aumento significativo da população, com mais de 80 anos, no ano de 2050, cujas estimativas apontam para que cerca de metade da população idosa irá precisar de apoio para a satisfação das suas necessidades diárias. No caso de Portugal, o mesmo estudo refere que em 2011, 19% da população tinha mais de 65 anos, enquanto a média dos países da OCDE era de 15%, e que 5% da população tinha mais de 80 anos, para uma média de 4% nos países da OCDE. Em 2050, aproximadamente, 32% da população portuguesa terá mais de 65 anos e cerca de 11% da população terá mais de 80 anos.

Como foi referido anteriormente, o aumento da esperança de vida da população vem acompanhado do surgimento de uma série de complicações próprias da idade como: diminuição da força muscular, alterações no equilíbrio e na marcha, um número de doenças crónicas frequentemente incapacitantes (doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias, perturbações neuropsiquiátricas, diabetes mellitus, doenças músculo-esqueléticas) entre outras. Estima-se que 80% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos padeçam de, pelo menos, uma doença crónica.



A saúde e o envelhecimento são duas questões intrinsecamente relacionadas uma vez que o prolongamento da vida está associado a mais anos de dependência, incapacidades e prevalência de doenças crónicas. Estão igualmente associados riscos sociais inibidores do exercício pleno de direitos e liberdades dado que a perda de capacidades, sejam elas funções fisiológicas ou funcionalidades que permitem o relacionamento com os outros e a participação social, têm impactos significativos no nível de bem-estar das pessoas. No entanto, apesar da maioria dos idosos ser portadora de doenças ou disfunções orgânicas, muitas vezes não estão associadas à limitação das atividades ou à restrição da participação social. Assim, mesmo com doenças, o idoso pode continuar a desempenhar os papéis sociais.

A fragilidade constitui-se como uma síndrome multidimensional, envolvendo uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais ao longo da vida de um indivíduo e que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de eventos adversos.

O foco da saúde está estritamente relacionado com a funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar as suas atividades sozinha, de forma independente e autónoma, mesmo sendo portadora de doenças.

Em geral, a capacidade de funcionar de modo independente diminui com a idade devido a um conjunto de alterações fisiológicas que ocorrem e este declínio é influenciado por um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais, porém o estilo de vida pode contribuir para minorar a mesma e assim manter um envelhecimento saudável. Por isso a capacidade funcional, especialmente a dimensão motora, constitui-se como um importante indicador de um envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida dos idosos. À perda dessa capacidade está associada a fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, cuidados de longa duração e elevados custos.



Neste sentido, os conceitos de bem-estar e funcionalidade são equivalentes. Representam a presença de autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras) e independência (capacidade de realizar algo pelos próprios meios), permitindo que o indivíduo cuide de si e da sua vida.

A funcionalidade do idoso relaciona-se com a sua autonomia e independência para manter as suas atividades quotidianas, resultado não apenas das capacidades físicas mas também das capacidades cognitivas.

A diminuição da capacidade funcional observada no indivíduo idoso tem implicações diversas na sua qualidade de vida tornando-o gradualmente menos ativo, menos autónomo, mais dependente, afetando a capacidade de fazer exercício e de realizar atividades.

No desempenho intelectual, as aptidões cognitivas atingem o seu auge aos 30 anos continuando estáveis até ao período dos 50 – 60 anos, começando posteriormente a diminuir, cujo declínio acelera-se a partir dos 70 anos.

Neste sentido, o declínio cognitivo é entendido como uma diminuição do rendimento de diferentes aptidões cognitivas, envolvendo um conjunto de funções mentais como atenção, raciocínio, memória, perceção, imaginação, juízo, pensamento, linguagem e inteligência, utilizados para processar a informação e o conhecimento (Hoeman, 2011)

Spar e La Rue (2005) referem que o envelhecimento pode influenciar o desempenho cognitivo mediante as alterações das aptidões e que todas as alterações mencionadas variam de acordo com as características individuais, contexto e vivências pessoais.

As consequências das alterações cognitivas podem surgir a longo prazo e comprometer a capacidade da pessoa viver independentemente, interferindo na sua autonomia.

Com o progressivo declínio da funcionalidade, a pessoa idosa isola-se e perde confiança nas suas capacidades, tornando-se cada vez mais sedentário e dependente, necessitando de apoio de familiares e de cuidadores de saúde, acabando por traçar um percurso que termina com a institucionalização.

4.1. Da vulnerabilidade à dependência

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), da qual Portugal faz parte, revelou que até 2050 os custos com a população mais idosa destes países deverá duplicar, ou mesmo triplicar, como resultado do envelhecimento da população, referindo ainda que, atualmente, mais de metade das pessoas a usufruírem de cuidados de longa duração têm mais de 80 anos de idade, o que significa que, em média, um em cada 25 cidadãos dos países da OCDE encontra-se nestas condições. Porém, em 2050, a quantidade de pessoas a necessitar de cuidados de longa duração deverá afetar uma em cada 10 pessoas, ou seja, 10% da população.

As últimas estimativas apontam ainda para que o custo médio total das despesas com esta população por parte dos governos da OCDE ascenda a 1,5% do PIB, devendo aumentar na mesma proporção do número de pessoas a recorrerem a este serviço.

Segundo dados do Eurostat, Portugal aparece como o segundo país da UE com as mais elevadas taxas da população idosa com limitações nas atividades da vida diária (AVD), sendo certo que os idosos com necessidades de apoio nas AVD deverão aumentar com o envelhecimento da população.

Estudos disponíveis estimam uma população entre 2 a 4% dos idosos (65 ou mais anos) com necessidades de apoio para a realização das atividades quotidianas, sendo a maioria dos serviços prestada pelos cuidadores familiares (mulheres, pais, maridos, filhos). No entanto, face à evolução da estrutura, composição e dimensão das



famílias portuguesas nas últimas décadas em que se verifica o aumento das famílias unipessoais, nomeadamente dos idosos a viverem sós (cerca de 20% da população, de acordo com os Censos 2011) e o surgimento de novas formas de conjugalidade, pode levar a um aumento dos idosos institucionalizados se não se tomarem medidas de política que contrariem esta tendência.

4.2. Mudanças no contexto social e familiar e as respostas sociais ao idoso

O fenómeno do envelhecimento da população é um processo complexo e mutável, claramente determinado por uma determinada época e sociedade (Dias, 2005).

Santos (1990) constatou que a reforma constitui o atestado oficial da entrada na velhice, acentuando-se deste modo a ideia de perda de capacidade de produtividade e de inutilidade do ponto de vista social.

A reforma e as perdas que daí advêm na condição económica, poder de decisão, perda de parentes e amigos, independência, autonomia, diminuição dos contactos sociais (...) contribuem para o distanciamento dos idosos da sociedade em geral e da família em particular (Cardoso, 2002).

Segundo o mesmo autor, muitas das vezes ser idoso é, incorporar estereótipos culturais depreciativos, que são mitos que se associam à imagem errada sobre a velhice.

A conjugação de todos estes fatores convergem para mudanças significativas no contexto demográfico que acarretam uma série de previsíveis consequências sociais, culturais e epidemiológicas que merecem uma reflexão aprofundada.



É com esta mudança que alguns projetos de vida ficam comprometidos. Existem idosos que apresentam dificuldades neste processo de adaptação e que iniciam um ciclo de perdas diversas que vão desde a condição económica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia; de contactos sociais, da autoestima, à perda da sua identidade (Zimerman, 2000).

A sociedade moderna marginalizou “os velhos” dando prioridade a valores ligados à produtividade, rentabilidade, consumo excessivo, etc., face aos quais as pessoas com 65 e mais anos não estão em condições de competir. É neste tipo de sociedade que os idosos são votados ao esquecimento e solidão e, consequentemente, à marginalização.

A evolução das estruturas familiares é um dos fatores significativos na mudança das sociedades contemporâneas, colocando desafios em termos de necessidades sociais e na organização das respostas com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no contexto do processo de envelhecimento. A família desempenha um importante papel na resposta às necessidades dos seus elementos. Estudos demonstram que o suporte e apoio familiar são fatores protetores do risco de mortalidade.

Na sociedade pré-moderna era implícito que os filhos adultos cuidavam dos seus pais idosos, constituindo-se um sistema de interajuda intergeracional. A transição de uma economia rural para uma economia industrial, caracterizada pela urbanização, pela nuclearização da família, pela mobilidade geográfica e pela erosão das tradicionais normas de obrigação familiar e de reciprocidade provocou uma quebra na instituição familiar. Estas mudanças poderão reduzir o papel das famílias na provisão de cuidados aos familiares mais idosos.

A família também se encontra em profunda mudança na sociedade portuguesa. As transformações societárias provocaram uma reconfiguração da organização familiar devido ao aumento da taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho, as relações familiares têm sido afetadas pelo aumento de ruturas matrimoniais e a novas

formas familiares e conjugais, em particular, o surgimento das famílias monoparentais, famílias sem jovens, das famílias de avós com netos, ou mesmo, das pessoas sós e dos casais não coabitantes. Por sua vez, o aumento da esperança de vida tem contribuído também para o aumento das famílias constituídas somente por idosos.

Segundo Carvalho (2009) a “estrutura familiar alterou-se com a passagem do domínio das famílias múltiplas e extensas para as famílias tendencialmente formadas por um só núcleo, o dos pais e dos filhos, e de famílias recompostas, de famílias “não convencionais”, como as mulheres com filhos ou pessoas do mesmo sexo com filhos ou pessoas a viverem sós”.

Em Portugal, verifica-se uma redução da dimensão média da família portuguesa. Este facto está associado à redução dos índices de fecundidade, à diminuição do número de membros dos agregados familiares, refletindo uma importante alteração na composição das famílias e produzindo consequentemente alterações no domínio das relações pessoais, sociais e económicas e afetivas entre os seus membros, particularmente entre as gerações mais jovens e as mais idosas.

Analisando a evolução nas últimas décadas da estrutura, composição e dimensão da família portuguesas, observa-se o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais, as quais, embora de forma ainda muito restrita, têm vindo a ser incorporadas no conceito de núcleo familiar. O quadro seguinte reporta a composição das famílias em Portugal para os anos 2001 e 2011.

		Un: mil	Dimensão (família clássica)									
			1 pessoa		2 pessoas		3 pessoas		4 pessoas		5 ou mais pessoas	
			mil	%	mil	%	mil	%	mil	%	mil	%
2011	Portugal	4 044	867	21,4%	1 277	31,6%	965	23,9%	671	16,6%	262	6,5%
	Continente	3 869	835	21,6%	1 232	31,9%	923	23,9%	637	16,5%	240	6,2%
	Norte	1 331	229	17,2%	390	29,3%	349	26,3%	256	19,3%	105	7,9%
	Centro	904	195	21,6%	300	33,3%	209	23,1%	149	16,5%	49	5,5%
	Lisboa	1 147	293	25,6%	376	32,8%	255	22,3%	160	14,0%	61	5,3%
	Alentejo	302	71	23,7%	103	34,2%	68	22,6%	44	14,6%	14	4,9%
	Algarve	182	45	24,9%	60	33,2%	40	22,2%	26	14,4%	9	5,2%
2001	Portugal	3 650	631	17,3%	1 036	28,4%	918	25,2%	718	19,7%	345	9,5%
	Continente	3 505	611	17,4%	1 003	28,6%	886	25,3%	688	19,6%	315	9,0%
	Norte	1 210	159	13,2%	303	25,1%	325	26,9%	273	22,6%	148	12,2%
	Centro	847	151	17,9%	257	30,4%	201	23,7%	166	19,7%	70	8,3%
	Lisboa	1 005	209	20,9%	302	30,1%	255	25,4%	170	17,0%	66	6,6%
	Alentejo	292	58	20,0%	94	32,2%	69	23,8%	51	17,5%	18	6,4%
	Algarve	149	31	21,0%	46	31,2%	34	23,4%	25	17,0%	10	7,3%

Fonte: INE, Censos 2001 e 2011

Figura 6- Famílias clássicas, Portugal e regiões em 2001 e 2011

Fonte: INE, Censos 2001 e 2011

Entre 2001 e 2011, o número de famílias com 1 pessoa aumentou de 631,8 mil (17,3% do total) para 867,3 mil (21,4%) enquanto o número de famílias com 5 ou mais pessoas diminuiu de 345,4 mil (9,5% do total) para 262,4 mil (6,5%). Observa-se também uma diminuição no número das famílias com 3 e 4 pessoas; famílias com 2 pessoas registam aumento em número e peso no total das famílias clássicas.

De acordo com o INE, a percentagem de famílias só com um filho ronda os 53,7%, com dois filhos 34,4% e com três filhos ou mais 11,9%, o que demonstra que as famílias de hoje optam por ter apenas um filho. Entre 2005 e 2010 a idade média de nascimento do primeiro filho passou de 27,8 para 28,9 anos demonstrando um adiamento da maternidade.

A idade média de casamento aumentou face ao ano anterior, situando-se em 2010 nos 34,1 anos para os homens e 31,6 anos para as mulheres.

O divórcio tem sido igualmente um acontecimento demográfico bastante significativo nos últimos trinta anos, tendo sido decretados 27.903 divórcios em 2010, situando-se a idade média de divórcio perto dos 40 anos para ambos os sexos. Cerca



de 69% dos casais em situação de divórcio tinham filhos do casamento dissolvido. A par do divórcio, fatores como a separação, viuvez e o facto de se ser solteiro, verifica-se igualmente um acréscimo do número de famílias unipessoais. Todas estas novas realidades conduzem a mudanças no sistema social e familiar.

Como consequência desta alteração, o papel do cuidar das pessoas idosas, que anteriormente era uma “obrigação” dos familiares mais diretos passou progressivamente para as instituições de solidariedade social e para instituições privadas.

Paúl (2005), citando Rowe e Kahn (1998) refere que diversas investigações mostram que o apoio social é um determinante chave do envelhecimento bem sucedido e que as redes sociais (por exemplo, a existência de ligações afetivas próximas, como o casamento) têm efeitos na saúde e mortalidade, bem como no próprio bem-estar psicológico e satisfação de vida. Refere ainda que a existência de redes sociais de apoio tem um papel fundamental na manutenção na comunidade dos idosos com incapacidade, exercendo um efeito protetor que amortece o stress associado ao envelhecimento. A autora ressalva, no entanto, que os cuidados profissionais ou familiares a longo prazo prestados a idosos dependentes constitui-se como um fator de risco para a autonomia. O direito à autodeterminação e dignidade fica comprometido sempre que haja uma tentativa de intromissão nas decisões dos idosos (designado por atitudes de paternalismo ou decisões paternalistas), situação que é frequente por parte dos cuidadores informais familiares, sobretudo filhos, com pessoas em idades avançadas. A perda de controlo por parte do idoso que acontece quando o seu comportamento ativo não é reforçado ou seja mesmo desencorajado, como acontece quando alguém o substitui nas suas decisões e tarefas, para além de pôr em causa a dignidade humana tem como efeito perverso o declínio acentuado de várias capacidades cognitivas e motoras, a que Seligman, 1975, citado por Paúl, refere como “desânimo aprendido” que conduz à inatividade e à depressão.



Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa define no artigo 72º que “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”, princípio que é efetivado pela política social da velhice que promove o bem-estar social através de prestações pecuniárias (reformas e outros subsídios) ou através de benefícios fiscais, de serviços sociais (equipamentos sociais de prestação de cuidados e de “guarda dos idosos”) e outros serviços públicos assim como programas e projetos específicos.

A estratégia proposta pela ONU é a de garantir à população que envelhece segurança e dignidade, considerando as pessoas idosas como cidadãos e cidadãs de pleno direito.

Na sua primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em 1982, a ONU adotou um Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento que estabeleceu de forma ampla as diretrizes e os princípios gerais para se enfrentar o desafio do envelhecimento populacional que se constituiu como base para as políticas públicas elaboradoras para este grupo da população.

Em 1991, a ONU definiu na resolução n.º 46/91, de 16 de Dezembro, 18 princípios sobre o lema “Dar vida aos anos que se juntam à vida” que se agrupam em cinco dimensões: autonomia, participação, prestação de cuidados, autorrealização e dignidade.

A segunda Assembleia Internacional em Madrid, realizada em 2002, enfatizou o conceito de envelhecimento ativo, considerado como um processo pelo qual se otimiza as oportunidades de bem-estar físico, social e mental, com o objetivo de ampliação de uma vida saudável, da produtividade e da qualidade de vida na velhice, conceito que representa uma mudança radical na imagem anteriormente dominante sobre a velhice, que deixa de ser sinónimo de exclusão e de incapacidade para assumir um conceito de plena inserção social.

Em Portugal continuam a subsistir dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência, as denominadas redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos ou amigos e as redes formais de proteção social onde se inserem todo o tipo de programas e medidas que asseguram a concessão de prestações pecuniárias ou em espécie, como é o caso dos serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais.

A publicação do extinto Instituto para o Desenvolvimento Social (2002), esclarece: “Existem duas modalidades diferentes de cuidar ou prestar cuidados: informal – em que uma pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base de solidariedade, como um voluntário, ou de um sentimento pessoal, como amizade, ou de vínculo de parentesco, como de pais para filhos, sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outras. A outra modalidade de cuidar é a formal – em que a pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base contratual, isto é, neste caso a relação que estabelece com o utente/cliente é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária e/ou material pelo exercício das suas funções.”

As relações entre os dois tipos de redes de suporte identificadas, podem ser de complementaridade ou de substituição.

Face ao conjunto de mutações já mencionadas, nem sempre é possível envelhecer em família.

Para Paúl (1997), quando o idoso se torna dependente, a manutenção dos idosos nas suas casas gera frequentemente problemas de stress, de saúde mental e física em quem cuida deles e em toda a família.

Pimentel (2001) considera fundamental tentar perceber o processo de institucionalização no seio dos idosos e tentar compreender até que ponto a família e sociedade podem interferir neste processo.



Segundo os resultados definitivos do Censos 2011, o número de famílias institucionais que vive em estabelecimentos de apoio social aumentou cerca de 49% face ao anterior período censitário, o que traduz a resposta da sociedade ao crescimento da população mais idosa, sobretudo mulheres, salientando-lhe a representatividade da população acima dos 70 anos no universo das pessoas que residem nestes estabelecimentos. O acolhimento dos mais velhos, na residência dos filhos ou dos parentes, tem vindo progressivamente a ser substituído pela institucionalização do idoso em estabelecimentos vocacionados para o efeito.

Existe hoje uma diversidade de respostas propiciadoras de cuidados às pessoas idosas. Estas respostas sociais são desenvolvidas por Instituições Privadas Com Fins Lucrativos ou por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) ou equiparadas, como Santas Casas da Misericórdia, Centros Sociais e Paroquiais, Cooperativas, Casas do Povo, entre outras.

O Instituto de Segurança Social identifica diferentes tipos de respostas sociais destinadas ao cidadão idoso, em função das necessidades e do grau de autonomia da pessoa e que têm como objetivos promover a autonomia, a integração social e a saúde.

a) **Serviço de apoio domiciliário** - Resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

b) **Centro de convívio** - Resposta social de apoio a atividades sociais e recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade.

c) **Centro de dia** - Resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia.

d) **Centro de noite** - Resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas de 65 e mais anos com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite.

e) **Acolhimento familiar** - Resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias consideradas idóneas capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro.

f) **Residência** - Resposta social, desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial.

Objetivos:

- Proporcionar alojamento (temporário ou permanente);
- Garantir à pessoa idosa uma vida confortável e um ambiente calmo e humanizado;
- Proporcionar serviços adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- Contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento;

- Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar.

g) **Lar de idosos** - Resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.

Objetivos:

- Acolher pessoas idosas, ou outras, cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde, não lhes permite permanecer no seu meio habitual de vida;
- Assegurar a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência;
- Proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família;
- Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar;
- Encaminhar e acompanhar as pessoas idosas para soluções adequadas à sua situação.

Disposições legais e técnicas enquadradoras da resposta:

- Despacho Normativo nº 12/98, de 25 de Fevereiro;
- Despacho nº 9400/2001 do SESSS, de 11 Abril;
- Despacho nº 7837/2002, de 16 de Abril;
- Despacho do MESS de 03-08-1993;
- Guião Técnico aprovado por Despacho do SEIS em 29-11-1996;



- Orientação Técnica, Circular nº11, de 24-06-2004.

h) **Centro de férias e lazer** - Resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores.

Segundo o Eurobarómetro (2008), no que concerne à maneira como os idosos gostariam de viver de modo a garantir melhor qualidade de vida, 40% da população com 55 e mais anos prefere viver, enquanto idosos, em casas pequenas no mesmo local onde têm vivido, 15% prefere viver no campo, 8% numa zona urbana, 11% em habitação protegida, 3% com familiares, 8% com familiares mais chegados e 4% noutros locais.

Inquéritos feitos pelo Ministério da Saúde ou académicos na área da Saúde Pública identificam as necessidades de apoios sociais e de saúde resultantes das limitações físicas ou mentais por parte dos idosos portugueses. Em 2009, também o INE realizou o Inquérito às Condições de Vida, cujos resultados indicaram que 39,1% da população entre os 65 e os 74 anos tinha algumas dificuldades nas atividades da vida diária e 19,8% dessa população tinha dificuldades sérias na realização dessas atividades. Na população com mais de 75 anos verificou-se que 38,9% tinha alguma dificuldade e 37,9% apresentava sérias dificuldades nas atividades da vida diária.

Perante estes resultados, Portugal é segundo País da UE com as mais elevadas taxas da População idosa com limitações nas atividades da vida diária.

No entanto, dados da OCDE Health Data para 2009 indicam que somente 1,1% da população portuguesa com mais de 65 anos recebia cuidados continuados (5,1% na Espanha, 11,3% em França e 6,7% na Bélgica).



Segundo Jacob (2001) em Portugal verifica-se que a institucionalização é considerada, por ordem decrescente, a terceira resposta social com mais peso (20%) entre as várias valências reconhecidas pela Segurança Social.

Face à diversidade de contextos, aos vários parâmetros de satisfação com o bem-estar social e a um conjunto variável de características sociais que influenciam o processo de envelhecimento, uma das questões que se levanta é saber quais são as soluções mais adequadas para lhe dar resposta, tornando-se necessário equacionar o papel das famílias, da comunidade e dos poderes públicos. Os cuidados de que estes idosos necessitam poderão variar desde o cuidado informal ocasional prestado em casa até à necessidade permanente de cuidados institucionais.

Em termos Europeus, o recurso aos lares é diferente entre o Norte e o Sul: aos países do Norte da Europa, como Bélgica, Dinamarca, França, Luxemburgo, Holanda e Reino Unido, continuam a estar mais desenvolvidos em termos de resposta social do tipo Lar do que em relação aos cuidados comunitários (Duarte e Paúl, 2007).

Por outro lado, a institucionalização é considerada um tipo de resposta escassa, nos países a Sul da Europa, como Grécia, Itália, Espanha e Portugal, isto porque são países que ainda envolvem bastante a família na prestação de cuidados aos mais velhos (Duarte e Paúl, 2007).

Em Portugal a “institucionalização da velhice” surge como uma alternativa em expansão. Segundo o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2008), ao longo de dez anos as Residências e Lares para idosos apresentaram um crescimento de 39%. No nosso país, cerca de 51 017 pessoas idosas residem em lares (num total de 1.702.120 pessoas com mais de 65 anos) (INE, 2002). O grande desafio atual consiste na adoção de estratégias que possibilitem a promoção do envelhecimento saudável, centrado na manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida.

Tendo em conta as alterações demográficas provocadas pelo envelhecimento em toda a Europa, a que Portugal não fica alheio, pode-se considerar o processo de



envelhecimento e a velhice como uma situação problemática que necessita de apoio social. O reconhecimento da necessidade de intervir com políticas orientadas para o desenvolvimento e otimização de respostas sociais levou ao surgimento de equipamentos do tipo lar de idosos (Duarte e Paúl, 2007).

5. Da dependência à institucionalização do idoso

É na fase do envelhecimento que ocorrem mudanças funcionais, havendo uma maior propensão para a ocorrência de doenças crónico-degenerativas, desta forma também diminui a capacidade funcional do idoso que é a característica mais marcante nesta fase aparecendo, como consequência, a perda de autonomia.

O processo normal de envelhecimento envolve uma perda de capacidade funcional mais ou menos significativa, causada pela deterioração dos sistemas fisiológicos. Esta perda, que se desenvolve de uma forma individual, pode não significar incapacidade, limitação da atividade ou restrição da participação, permitindo ao idoso a independência necessária a uma vida autónoma.

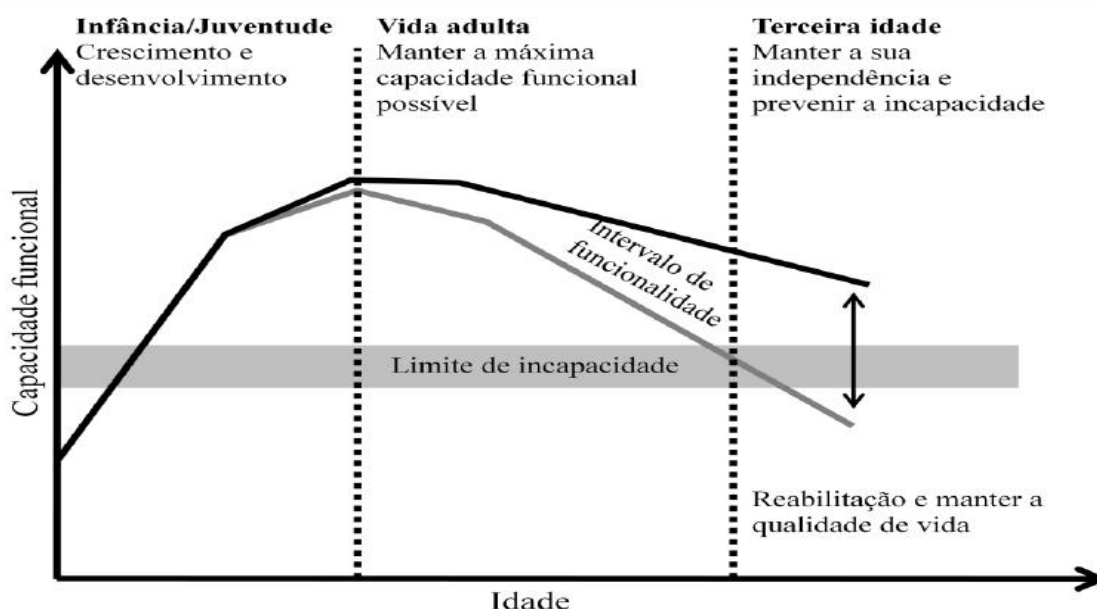


Figura 7- Curva de capacidade funcional ao longo do ciclo vital

Fonte: "Active ageing: a policy Framework, WHO, 2002 (adaptado)

Paúl (1997) identificou a perda da capacidade funcional como a principal razão encontrada para a decisão de institucionalização de indivíduos idosos. Neste sentido, a capacidade funcional constitui-se como um importante indicador na avaliação do

idoso, com ou sem patologias conhecidas e a sua mensuração é imprescindível para a deteção de fatores de risco e implementação de estratégias adaptativas que minimizem esse risco.

As tarefas básicas do quotidiano que são necessárias para a autopreservação e sobrevivência do indivíduo para que este cuide de si e da sua própria vida são denominadas AVD. Podem ser classificadas, conforme o grau de complexidade, em básicas, instrumentais e avançadas. Quanto maior for a complexidade da AVD, maior será a necessidade do funcionamento adequado dos principais sistemas funcionais de forma integrada e harmoniosa (cognição, mobilidade e comunicação). Estas atividades referem-se às tarefas do quotidiano necessárias ao autocuidado (como tomar banho, vestir-se, higiene pessoal, continência esfinteriana ou alimentar-se sozinho) e medem os primeiros graus de dependência e o comprometimento das mesmas.

A incapacidade funcional é normalmente definida como a dificuldade ou impossibilidade em realizar algumas atividades de vida diária as quais, segundo a OMS, avaliam as funções de sobrevivência.

A Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros relativa à Dependência (1998), define-a como um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou AVD. As AVD e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) estão relacionadas com a capacidade de autonomia do indivíduo, não só ao nível dos autocuidados, como também na participação na sociedade enquanto cidadão de plenos direitos.

No âmbito da legislação em vigor (Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de Julho (prestação pecuniária – Complemento por Dependência), nomeadamente para efeitos de benefícios provenientes de prestações sociais, consideram-se em situação de dependência os indivíduos que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da

assistência de outrem. Consideram-se atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente, os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene.

José e Wall (2006) referem que não existe apenas um único grau de dependência e que este poderá variar conforme a pessoa necessite de pouco, muito ou todo o apoio de outrem para os vários tipos de atividades da vida diária. A este propósito, classificaram a dependência de acordo com a seguinte graduação: baixa, média e elevada. Para estes autores, os idosos com baixa dependência apenas necessitam de alguma supervisão, pois possuem alguma autonomia no que respeita à mobilidade e à realização das AVD. Os idosos com média dependência não necessitam apenas de supervisão, mas também de apoio de terceira pessoa para desempenho de algumas atividades diárias. Por último, os idosos com elevada dependência requerem apoio extensivo e intensivo, o que significa que “não têm capacidade para desempenhar um conjunto de tarefas ‘básicas’: são pessoas que estão acamadas ou que têm fortes restrições ao nível da mobilidade, tendo algumas delas outras incapacidades associadas como, por exemplo a diminuição de aptidões cognitivas e do controlo esfinteriano [...]”

Surgem outras tipificações, nomeadamente a consagrada na legislação para efeitos do acesso à prestação social de Complemento por Dependência em que se estabelecem dois graus de dependência: 1.º grau – indivíduos que não possam praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana, designadamente atos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal; 2.º grau – indivíduos que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1.º grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave.

Citando Lenoir (1997), Martins (2006) refere que o envelhecimento demográfico levou a uma conscientização social e a uma nova forma de gestão dos problemas sociais em que os encargos com idosos que eram, anteriormente, da

responsabilidade da família ou de particulares fossem transferidos para instâncias despersonalizadas e burocratizadas.

A autora refere-se a um estudo levado a cabo pela Comissão Europeia (1997) que revelou que 75,4% dos idosos vivem nos seus domicílios e são cuidados por familiares, maioritariamente cuidados pela esposa / marido, 17% pelos filhos, 5% por irmão / irmã, 4,4% por outros familiares e 2,8% por outros. A mesma autora refere que, no que respeita ao território nacional, e de acordo com o resultado de um estudo publicado pelo INE (1999) 97,5% da população idosa portuguesa vivia em famílias clássicas e apenas 2,5% em famílias institucionais. Este estudo revela ainda que famílias constituídas só por idosos representam 15% do total das famílias clássicas, as famílias unipessoais de idosos são maioritariamente constituídas por mulheres, que os homens vivem maioritariamente em casal e que a dissolução familiar é, essencialmente, devida à morte do cônjuge, no entanto, os divórcios revelam uma tendência crescente na população idosa.

A autora adverte, no entanto, que apesar das constatações estatísticas, existem evidências de grandes alterações na estrutura familiar e social levando a que não seja capaz de assegurar a cada membro as funções que tradicionalmente lhe cabiam, nomeadamente, resolver os problemas que hoje se colocam aos idosos. A estrutura familiar Citando Nogueira (1996), refere ainda que foram vários os fatores que contribuíram para essas alterações: as migrações conduziram a que as famílias nucleares se tornassem mais “individualistas”; a mobilidade social ligada à cidade e ao trabalho industrial distende os laços entre irmãos; a educação estabelece uma clivagem no seio familiar e fá-las desintegrarem-se.

Por outro lado, como refere Guimarães (1999), citado por Martins (2006), as grandes concentrações urbanas acabaram por impor modos de vida que não são compatíveis com a coabitação dos mais velhos, generalizando-se a ideia de que a existência de pessoas idosas numa sociedade moderna e urbana é difícil.

De acordo com a mesma autora, atualmente assistimos à substituição do papel familiar pelas chamadas redes sociais de apoio, um conjunto de serviços e equipamentos que cada sociedade oferece aos seus idosos tendo como objetivo melhorar as condições de vida e onde são incluídas as instituições para idosos. Normalmente, a institucionalização surgirá como a última alternativa, ou seja, quando todas as outras se tornam inviáveis.

Woroby, Angel e Born (2002), citados por Martins (2006) consideram que idosos sós, com perdas de independência funcional ou ainda com ausência de familiares (ou estando estes longe) são uma população para quem será aconselhável a institucionalização.

Paúl (1997) refere que a institucionalização exige do idoso o abandono do seu espaço, conhecido e vivido, obrigando-o a reaprender a integrar-se num meio que lhe é limitativo e que, em muitos casos, assume o controlo de muitos aspetos da sua vida.

Fernandes (1997) e Gomes (2000), autoras referidas por Martins, alertam para a necessidade de superar a carga pejorativa que ainda persiste relativamente às organizações cujo objetivo é o alojamento de idosos, substituindo os antigos asilos ou hospícios e atualmente com outro tipo de vocação.

No entanto, diversos estudos sobre as condições sociais das pessoas idosas corroboram a opinião de Melo (1998) citada por Martins (2006) ao afirmar que o ambiente residencial ocupa um lugar importantíssimo na vida da pessoa idosa. No mesmo sentido apontam as conclusões de um estudo levado a cabo por Paúl (1997) sobre “residências para idosos” mostrando que a insatisfação com a casa ou a zona de residência em que está inserida não foi considerada como fator que antecedeu a institucionalização, ao contrário dos problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos e a falta de recursos económicos.

Martins reforça a importância de investigar sobre o processo que liga os idosos ao seu lar, os problemas da manutenção do idoso na comunidade, o processo de



separação que se verifica quando o idoso é institucionalizado bem como a adaptação a um novo ambiente.

A análise de doze estudos sobre fatores que pesaram na institucionalização realizados nos EUA por Kane em 1997 e citados por Born e Boechat (2002) conclui que os mais relevantes foram os seguintes: idade, diagnóstico, limitação nas AVD, morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais e pobreza.

Freitas (2002) refere que, no caso do Brasil, da análise de vários grupos institucionalizados, as conclusões relativamente aos fatores de risco que deram origem ao internamento foram resultantes sobretudo de síndromes de imobilidade, múltiplos problemas médicos, depressão, demência, alta hospitalar recente, incontinência, ser do sexo feminino, ter idade acima dos 70 anos, ser solteiro, sem filhos ou viúvo recente, morar sozinho, isolamento social e pobreza.

6. Institucionalização de idosos

Quando as incapacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa aumentam e as capacidades do meio ambiente diminuem, torna-se necessário encarar a hipótese de internamento numa instituição.

Tal acontece porque nem sempre a família pode cumprir com a função de cuidar dos mais idosos, situação que está também relacionada com a história de vida e com características individuais do idoso, desenvolvidas nas relações interpessoais construídas ao longo da vida, e que, em virtude das fragilidades decorrentes do envelhecimento, se tornam mais evidentes.

Muitas vezes o internamento em lares é o reflexo da perda do companheiro, filhos, familiares e/ou amigos, bem como de situações de fragilidade em que o idoso com incapacidade funcional é gradativamente isolado do circuito familiar e da sua própria rede social, aumentando a sua dependência provocada pelos limites impostos da incapacidade. (Barros, 2011; Yamada et al., 2012; Medeiros, 2012).

Neste sentido, uma reflexão sobre a temática do idoso institucionalizado merece uma definição do conceito de institucionalização.

Institucionalizar, segundo o dicionário de língua portuguesa da Porto Editora, apresenta como sinónimo “dar ou adquirir a forma de instituição”, o que textualmente interpretado poderá significar que o idoso institucionalizado será aquele a quem se dá ou adquire o carácter da instituição, sendo que instituição é um organismo, público ou privado, estabelecido por meio de leis ou estatutos, que visa atender a determinada necessidade da sociedade.

Mais próximo do conceito pretendido encontra-se a mesma definição na língua inglesa em que de acordo com o Cambridge Dictionaries Online o verbo *To institutionalize* significa “to send someone, especially someone who is not capable of living independently, to live in an institution.”



Para Jacob (2001), institucionalização do idoso ocorre quando este está, durante todo o dia ou parte deste, entregue a cuidados de uma instituição, que não a sua família.

O processo de institucionalização da pessoa idosa é, sem dúvida, um fator de *stress* gerador de um conjunto de alterações a nível psicossocial, ainda que o ambiente institucional tente oferecer uma base segura e adaptar-se às necessidades físicas e emocionais das pessoas idosas, deixando margem para que esta possa manifestar a sua própria personalidade (despacho normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998)

6.1 Sobre a génese dos lares para idosos em Portugal

Refere Cardoso (2012) citando Guillemard (1986) que a velhice, tal como a entendemos atualmente, é uma criação da história da qual faz parte, por um lado, o processo de industrialização das sociedades europeias e a consequente emergência do problema de uma classe trabalhadora envelhecida; e, por outro, citando Leal (1998) a articulação entre a política económica e a política social no âmbito do Estado-providência e a implementação dos regimes de segurança social. Estes aspetos viriam a consolidar os processos de transferência de responsabilidade face às gerações mais velhas da família para a sociedade (para o Estado, o trabalhador e a entidade empregadora) (Fernandes, 1997).

Estes factos estiveram na origem da institucionalização do encargo social da velhice e da emergência desta como uma categoria social autónoma e homogénea, estreitamente ligada à noção de reforma e delimitada por critérios como a idade e o tempo de atividade laboral (Guillemard, 1986).

Até ao final do século XV, as necessidades da população portuguesa eram atendidas através de uma multiplicidade de iniciativas: pelas ordens militares e religiosas, pelos municípios, confrarias de mestres ou simples particulares, e também

pela devoção de vários reis, rainhas e demais nobreza e alto clero. Segundo Ferreira, 1990) existiam essencialmente quatro tipos de estabelecimentos assistenciais:

- Albergarias, criadas originalmente para assistência aos peregrinos e demais viajantes, mas servindo também de albergue para doentes e mendigos. Eram sustentadas sobretudo pelas ordens religiosas e militares, sendo algumas dotadas de pequenas enfermarias;
- Hospitais, “feitos e ordenados principalmente para a cura e gasalhado dos pobres e enfermos”;
- Gafarias, destinadas ao internamento dos gafos ou leprosos, são também designadas por leprosarias;
- Mercearias, destinadas originalmente às pessoas da nobreza empobrecida ou envergonhada, funcionavam, em geral, junto a capelas.

Os lares de idosos têm a sua génese na Europa do século XVI sob uma conceção asilar destinados a acolher doentes mentais, marginais e velhos. Ao longo dos anos e sobretudo a partir do último quarto do século XX, este recurso passou a dar mais frequentemente resposta a uma população envelhecida carenciada, no entanto, encontra-se ainda ancorado em representações simbólicas negativas que enfatizam, segundo Fernandes (1997) “uma velhice triste, pobre e solitária, enquanto etapa à espera da morte.

Historicamente foi depois de 1974, que as políticas sociais dirigidas à população idosa tiveram uma maior expressão contemplando todas as pessoas do meio rural e urbano em idade limite de reforma, ou consideradas incapacitadas para o trabalho.

A designação lar foi uma evolução conceptual, após o 25 de Abril, deixando de ser encarados como asilos/albergues.

O Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2001), no âmbito do setor da ação social, define Lar de Idosos como “um estabelecimento onde são

desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio, a animação social e a ocupação do tempo livre dos utentes”.

Relativamente aos tipos de lares, regulamente que estas atividades de apoio social a pessoas idosas podem ser desenvolvidas nos seguintes tipos de estabelecimentos:

- a)** Estabelecimentos oficiais geridos por organismos da Administração Pública, central, regional e local: Centros Regionais de Segurança Social, onde a gestão pode ser exercida pelo próprio Centro ou mediante Acordo de Gestão, por Instituições Particulares de Solidariedade Social;
- b)** Estabelecimentos de Instituições Particulares de Solidariedade Social: são constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e para prosseguir, entre outros, o objetivo de proteção dos cidadãos na velhice, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços. Estas instituições podem revestir-se de várias formas, nomeadamente, associação de solidariedade social, irmandades da misericórdia e outras legalmente previstas;
- c)** Estabelecimentos pertencentes a pessoas singulares ou coletivas que não se enquadrem nos dois tipos anteriormente mencionados. As atividades de apoio exercidas no âmbito da segurança social estão sujeitas a um regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos.

De acordo com o Portal da Carta Social, da responsabilidade do Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Gabinete de Estratégia e Planeamento no ano de 2012 existiam 2.093 equipamentos que fornecem a resposta social “Estrutura Residencial

para Idosos (Lar de Idosos e Residência)”, englobando a rede solidária e lucrativa, com capacidade para alojar 79.997 pessoas. Esta capacidade representa menos de 4% da população com mais de 65 anos, que segundo dados do INE para o ano de 2011, era constituída por 2.010.064 indivíduos (Continente). Apesar de parecer que estas instituições indiciam um destino inevitável para os mais velhos, as estatísticas demonstram que apenas uma pequena percentagem recorre a estes estabelecimentos.

Desde os anos 50 que têm sido desenvolvidos vários trabalhos de investigação sobre este equipamento, focalizando-se muitos destes trabalhos nos efeitos negativos que a institucionalização produz. Encontra-se amplamente descrito na literatura que a institucionalização supõe riscos e mesmo sofrimento. Os residentes encontram-se submetidos a um quotidiano formalmente administrado, afastado da sociedade mais ampla e com tendência para o fechamento, como consequência das situações de dependência vivenciadas por muitas das pessoas que aí residem. Lieberman (1969) refere que é compreensível que este processo possa associar-se ao aumento do stress, perda de saúde, ineficácia intelectual, autoimagem negativa, depressão, perda de interesse em atividades, passividade e até ao aumento da mortalidade. Segundo Paúl (1991), o conjunto de regras e normas (explícitas ou implícitas) que regem a vida institucional não potenciam a autonomia pessoal, interferem na organização e na personalização do território primário e bloqueiam o desenvolvimento de ligação e a manifestação dos afetos. Fernandez-Ballesteros (1992) evidencia que quando um ambiente é considerado inadequado, ameaça a integridade das pessoas, e dos mais idosos em particular, estes podem regredir e ver o seu estado de saúde deteriorar-se rapidamente.

De acordo com a Carta Social do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009), cerca de 20% das instituições invocam o isolamento como o principal motivo para o ingresso no lar. Os resultados de um inquérito presencial da Carta Social realizado à totalidade das instituições da rede de serviços e equipamentos em Dezembro de 2005 apontam no sentido do motivo principal de ingresso no lar estar

diretamente relacionado com a incapacidade do idoso num determinado momento da sua vida em gerir as suas atividades da vida diária, coexistindo esta incapacidade com a impossibilidade da família em garantir o apoio necessário nesse sentido.

Não obstante o aparecimento de novas formas de intervenção e de ajustamento das respostas sociais atualmente existentes que têm como objetivo prevenir ou retardar a institucionalização, a resposta social lar de idosos assume ainda hoje uma particular importância, continuando a ser muitos os idosos sujeitos à institucionalização e grandes as listas de espera de acesso aos mesmos.

Parece importante referir que a resposta social Lar de idosos apresenta um conjunto de vantagens diferenciais face aos outros tipos de respostas sociais, se para determinadas pessoas a institucionalização não se constitui como uma alternativa adequada, para outras pode ser uma solução para os seus problemas e dificuldades uma vez que as situações de dependência vivenciadas por muitas pessoas idosas podem requerer cuidados especializados que só a institucionalização está em condições de proporcionar.

Este conjunto de reflexões revelam que não existem soluções ótimas e universais para os idosos e que mesmo as soluções aparentemente menos favoráveis podem ter vantagens para o seu bem-estar se preservarmos ao idoso a possibilidade de escolha e/ou adequação da sua envolvente habitacional / institucional.

6.2 Preditores da institucionalização

À medida que o número de idosos aumenta é esperado que o número de indivíduos que necessita de cuidados de longa duração também continue a crescer.

São vários os autores e os estudos que refletem sobre as possíveis razões que poderão levar um idoso à institucionalização.

Assim, para Kane (1997), citado por Born e Boechat (2006), após análise de doze estudos realizados nos EUA, chegou à conclusão de que as razões para a institucionalização seriam: a idade avançada, o diagnóstico, o grau de limitação nas atividades de vida diária, o facto de morar sozinho, o estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais, a pobreza, entre outros.

Para Paúl (1997), a perda da capacidade funcional resultante do próprio envelhecimento e da falta de estimulação cognitiva constituem duas das principais causas de institucionalização nos idosos.

Para Pimentel (2001), de entre os fatores que poderão determinar a opção pelo internamento destacam-se os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia, o isolamento, a inexistência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar do idoso, a falta de recursos económicos bem como habitacionais.

Se atendermos aos motivos que estão na base do internamento em lar, verificamos que eles implicaram a perda da sua autonomia, seja ela física, económica, familiar ou psíquica: perda de cônjuge, solidão, doença e deterioração física e/ou mental, perda ou degradação habitacional, desentendimentos familiares e/ou indisponibilidade da família para cuidar.

A entrada em lar foi, para a maior parte dos idosos, fortemente condicionada por fatores alheios à sua vontade. Ainda que refiram, porventura como forma de preservarem a sua integridade pessoal, que entraram no lar por sua livre iniciativa, a verdade é que essa decisão foi tomada na base da escolha do “mal-menor”. À falta de melhores alternativas, o internamento no lar impôs-se como um mal necessário (Barenys, 1990). Wilmoth (2002), refere que, mais do que a idade cronológica, as



razões para outros arranjos de vida encontram-se ligadas aos acontecimentos que ocorrem no seu continuum, a saber: viuvez, doença e deficiência física ou mental.

Scocco, Rapattoni, & Fantoni (2006) concluíram, que, aquando a entrada no lar, os idosos sofriam de um declínio físico e mental (prevalência de sintomas de somatização, ansiedade, depressão e psicóticos), e a qualidade de vida era percecionada como baixa.

Woroby, Angel e Born (2002), citados por Martins (2006) referem que a institucionalização será aconselhável no caso dos idosos sós e com perdas de independência funcional ou ainda com ausência de familiares (ou estando longe).

Russell, Cutrona, Mora e Wallace (1997) realizaram um estudo que tinha como objetivo testar a relação entre a solidão e a admissão num lar, concluindo que existe uma correlação forte entre a ida para um lar e sentimentos de solidão, ou seja, idosos que vivam sós têm uma maior probabilidade de institucionalização. Simultaneamente, a solidão pode constituir-se como um fator precipitante para um declínio da saúde mental, uma vez que níveis elevados de solidão estão associados a mais sintomas depressivos como referem os estudos de Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted (2006).

Após uma revisão de vários estudos efetuados sobre esta problemática, Levenson, S. A. (2001) apresenta uma série de fatores associados ao risco de institucionalização, entre eles, as deficiências cognitivas, o facto de se viver sozinho ou com pessoas sem relação, a perda de apoios sociais, os problemas com as atividades de vida diária, a pobreza e as deficiências na rede de saúde informal.

Para Paúl (2005), as causas da institucionalização poderão ser problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos, falta de recursos económicos para a manutenção da casa, viuvez e situação de despejo, sobretudo nos centros da cidade.



A mesma autora (1997) refere que a institucionalização de um idoso acontece, na maior parte dos casos, na sequência de uma progressiva incapacidade funcional, combinada com a inexistência de apoios sociais.

Greenberg e Ginn (1999) citados por Branch e Jette, (1982) relataram que os idosos institucionalizados tinham uma maior probabilidade de ser mulheres, solteiros ou viúvos, não terem filhos, relatarem um maior número de patologias, possuírem uma incapacidade funcional, preferirem viver numa instituição, não terem ajuda de parentes, serem incapazes de tomar a medicação e serem menos capazes de tomar decisões comparativamente a outros idosos que recebiam apoio domiciliário.

Netto (1996) diz-nos que "morar sozinho, não ter filhos, ou não estar casado, são factores de risco para a institucionalização de idosos que necessitam de cuidados de longa duração".

Para outros autores, (Morris, Sherwoods e Gutkin, 1988) a imobilidade física, incontinência e problemas psiquiátricos são as causas mais comuns da institucionalização. Para Brock e O'Sullivan (1985) a falta de apoio social é apontada como a razão mais forte.

Diferentes investigações longitudinais contribuíram com a identificação de um conjunto de factores de risco para a institucionalização de pessoas idosas, sendo os mais frequentemente relatados:

- Um aumento da **idade** (Tomiak, Berthelot, Guimond, e Mustard, 2000; Morris, 1988; Weissert, 1989; Abraham, 1994; Freedman, 1994; Klein, 1994; Severson, 1994; Metzger, 1997; Vernooi, 1997)
- **Menor função cognitiva e demência** (Bharucha, Pandav, Shen, Dodge e Ganguli, 2004; Tomiak, Berthelot, Guimond e Mustard, 2000)



- **Menor participação nas atividades de vida diárias, menor capacidade funcional física** (Angel, Angel, Aranda e Miles, 2004; Bharucha, Pandav, Shen, Dodge, e Gangulli, 2004)
- **Sexo feminino** (Jagger, Spiers e Clarke, 1993; Morris, 1988; Weissert, 1989; Abraham, 1994; Freedman, 1994; Klein, 1994; Severson, 1994; Metzger, 1997; Vernooi, 1997)
- **Não ser casado ou morar sozinho** (Hays, Pieper e Purser, 2003)
- **Ausência de cuidador formal ou informal** (Boaz e Muller, 1994; Tsuji, Whalen e Finucane, 1995)
- **Maior número de doenças e lesões** (Fransen, Woodward, Norton, Robinson, Butler e Campbell, 2002; Tomiak, Berthelot, Guimond e Mustard, 2000)

Como evidenciam os autores das diferentes investigações atrás referidas, as causas para a institucionalização podem ser inúmeras, sendo muitas vezes a conjugação destas diversas causas, e não apenas de uma ou de duas, que origina a escolha deste tipo de apoio social, havendo no entanto um risco acrescido quando coexistem diferentes fatores de risco relacionados com a incapacidade cognitiva, incapacidade física e condições socioeconómicas e afetivas que poderão ser sintetizados da seguinte forma:

- Incapacidade cognitiva:
 - Deterioração cognitiva
 - Demência
 - Sintomas depressivos
 - Problemas psiquiátricos



● Incapacidade física:

- Limitações de mobilidade
- Falta de autonomia funcional
- Menor participação nas AVD
- Maior número de doenças e lesões
- Doenças crónicas
- Incontinência

● Condições socioeconómicas e afetivas:

- Idade mais avançada
- Sexo feminino
- Estado civil (solteiro ou viúvo)
- Morar sozinho
- Ausência de apoio social
- Sem filhos
- Rede social pobre
- Baixos rendimentos

2ª PARTE: ESTUDO EMPÍRICO

1. Nota introdutória

O envelhecimento da população é considerado um fenómeno mundial sem precedentes na história da humanidade. Os anos que vieram acrescentar-se à nossa esperança de vida e a queda generalizada da fecundidade produziram alterações significativas nas estruturas de todas as sociedades humanas e representam um desafio mundial. Embora o aumento da esperança de vida simbolize o sucesso científico, traz consigo uma série de consequências profundas e duradouras que trarão grandes desafios a todas as sociedades, no que respeita aos aspetos financeiros, sociais e de saúde.

No entanto, o aumento da longevidade não constitui um garante de que os indivíduos possam gozar de uma velhice saudável e bem-sucedida podendo o idoso tornar-se dependente dos cuidados de terceiros ou de instituições.

Embora muitas pessoas se mantenham ativas e autónomas após os 65 anos, outras apresentam algumas limitações que prejudicam a sua autonomia, tornando-as dependentes.

O grau de dependência do idoso influencia a sua capacidade executar as atividades diárias, nomeadamente as atividades básicas da vida diária que incluem as tarefas de autocuidado, como alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, tomar banho, movimentar-se, etc., as atividades instrumentais que indicam a sua capacidade para levar uma vida independente na comunidade, como realizar as tarefas domésticas, fazer compras, administrar a própria medicação, manusear o dinheiro, entre outras.



Esta dependência traduz-se na necessidade de ajuda para a realização de atividades elementares.

Embora haja algum consenso em torno das situações que poderão determinar a opção pelo internamento em valência de lar, nomeadamente, viuvez, inexistência de filhos ou, mesmo havendo filhos, estes não terem condições para cuidar do idoso, desadequação da casa de família, conflitos familiares, elevado grau de dependência, entre outras, o presente trabalho debruça-se sobre uma população já institucionalizada procurando conhecer as suas características e os diferentes fatores que exerceram uma maior influência no processo de decisão de internamento com o objetivo de entender este processo bem como a satisfação e os conflitos vivenciados pelo idoso, as suas perspetivas e expectativas assim como os seus sentimentos de pertença e identificação ou, pelo contrário, de negação em relação à vida na instituição.

Especificamente, pretendeu-se caracterizar o perfil pessoal e sociodemográfico dos idosos institucionalizados, a sua perceção sobre a sua condição, a da sua família e a instituição.



2. Dimensões analisadas

Para a caracterização sociodemográfica dos idosos foram utilizadas as seguintes dimensões:

- Género;
- Idade, à data da recolha de dados;
- Situação conjugal do idoso à data da recolha de dados;
- Nível de instrução, referindo-se ao nível de ensino concluído pelo idoso;
- Número de filhos;
- Última atividade profissional exercida e condição perante o trabalho;
- Condições da habitação, procurando-se aferir aspetos como se é própria, arrendada ou pertença de familiares, se é inserida numa povoação ou isolada bem como se apresenta barreiras arquitetónicas;
- Relacionamento familiar anterior à institucionalização no sentido de identificar conflitos eventuais, confrontando-se com a frequência de contactos e visitas mantidos no lar;
- Condições de saúde antes do internamento e de que forma a(s) doença(s) identificada(s) era(m) limitativas da capacidade de realizar algumas atividades da vida diária. Os problemas de saúde indicados nas respostas ao questionário foram categorizados da seguinte forma:
 - Cardiovasculares (AVC, hipertensão arterial, arritmias, etc.);
 - Neurológicas (Parkinson, Alzheimer, etc.);
 - Endócrinas (Diabetes, etc.);



- Osteomusculares (artrose, artrite osteoporose, etc.);
 - Psiquiátricas (depressão, demências, etc.);
 - Respiratórias;
 - Aparelho locomotor;
 - Tumor ou neoplasia.
-
- Capacidade funcional relacionada com a execução das atividades de vida diária, através da introdução da Escala de atividades da Vida Diária (Índice de Katz) e avaliação da funcionalidade ao nível das atividades instrumentais de vida diária (Lawton e Brody);
 - Apoio social recebido prévio à institucionalização;
 - Tomada de decisão sobre o processo de institucionalização, procurando-se aferir de quem partiu esse pedido;
 - Motivo que conduziu ao internamento e sua adequação à situação vivenciada;
 - Tempo de permanência na Instituição, dificuldades de adaptação sentidas e autopercepção sobre a satisfação com as atividades realizadas;
 - Situação económica, procurando aferir se necessita de apoio de terceiros para efetuar o pagamento da mensalidade do lar.

3. Definição da população, seleção e caracterização da amostra

A amostragem utilizada foi a não probabilística selecionada por conveniência, respeitando, no entanto, um conjunto de critérios. Segundo Carmo et al (1998) “na amostragem de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que estiver disponível (...)”, os “resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência”, mas poderão obter-se contributos importantes na análise de outras realidades.

A amostra da população para o presente estudo foi constituída por 42 idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes em duas estruturas residenciais para idosos de carácter filantrópico localizadas na região da grande Lisboa.

A seleção destes equipamentos sociais ficou a dever-se à proximidade com a respetiva entidade gestora (Santa Casa da Misericórdia da Amadora) com a qual tenho estabelecida uma relação de parceria no âmbito da minha atividade profissional.

A autorização para a realização da recolha de dados necessários ao estudo foi realizada após deferimento do pedido de autorização pela Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, tendo sido realizada reunião preparatória com a Assistente Social responsável pela área da 3ª Idade onde ficaram devidamente esclarecidos os objetivos do estudo.

Foram ainda efetuados contactos com duas outras Instituições que dispõem igualmente desta resposta social, no entanto, por circunstâncias diversas relacionadas com a respetiva organização interna, não foi possível receber em tempo útil a resposta afirmativa relativamente ao pedido de autorização formulado para realização do estudo, situação que veio restringir a dimensão da amostra.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão para a aplicação do instrumento a ser utilizado:



- Ter idade igual ou superior a 65 anos de idade;
- Ser residente numa das instituições residenciais para idosos que se encontram envolvidas no estudo;
- Não apresentar limitações cognitivas ou possuir défices de compreensão que comprometam as suas respostas às questões formuladas;
- Aceitar participar voluntariamente no estudo.

	Nº de idosos institucionalizados	Nº de idosos inquiridos	% de idosos inquiridos
Instituição 1	80	26	32,5%
Instituição 2	50	16	32%

Figura 8- Dados referentes à população e amostra do estudo

Apesar do número de idosos inquiridos no âmbito deste estudo se ter revelado inferior ao esperado, será de realçar que não se verificaram recusas. Contudo, a necessidade de considerar uma população que não apresentasse comprometimentos ao nível das funções cognitivas, nomeadamente ao nível das demências, e por isso capazes de se expressar de forma verbal e de aceitar participar voluntariamente no estudo constitui-se como uma razão explicativa.

Foi ponderado o recurso ao instrumento Mini Mental State Examination que permitiria a avaliação de várias funções cognitivas tais como a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação / memória, linguagem e habilidade criativa, no entanto, pelo conhecimento que a Direção dos Lares tem da situação dos seus utentes, a triagem de idosos com perdas cognitivas foi previamente efetuada e dispensada a aplicação deste instrumento.

3.1 Caracterização das Instituições envolvidas no estudo

O Lar Sagrada Família e o Lar Santo António, enquanto valências da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, são orientados de acordo com os princípios da doutrina e moral cristãs e integram-se nos seus objetivos de ir ao encontro dos idosos do concelho da Amadora, proporcionando-lhes uma vivência acolhedora e coerente com os seus objetivos e zelando pelo seu bem-estar físico e psicológico., participam na sua natureza.

O Lar Sagrada Família foi fundado em 1995 e tem capacidade para alojar 80 utentes. Está situado na Buraca e no mesmo Complexo Social faz parte a valência educativa da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, a Creche S. Francisco de Assis e a Unidade de Cuidados Continuados.

O Lar Santo António foi fundado em 1998, dispõe de capacidade para alojar 50 utentes e está situado no Complexo Quinta das Torres do qual fazem parte, igualmente a Escola Luís Madureira e os Serviços Administrativos.



Figura 9- Fachada do Complexo Social Sagrada Família



Figura 10- Espaço exterior do Lar Santo António

Constituem-se como objetivos destes Lares:

- Apoiar a população idosa proporcionando-lhe melhores condições de vida;



- Proporcionar ao idoso habitação e demais necessidades básicas;
- Contribuir para uma velhice estável, confortável e condigna, permitindo uma vida com maior estabilidade e segurança afetiva;
- Proporcionar ao idoso oportunidades para exprimir e desenvolver, individual e coletivamente, as suas capacidades laborais, intelectuais, artísticas, de comunicação, de criação e de relacionamento humano;
- Despistar problemas de saúde, procedendo ao seu encaminhamento para técnicos de saúde especializados.

4. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi operacionalizada através da utilização de métodos quantitativos consubstanciada na aplicação de inquérito por questionário constituído por uma grelha que integra as diferentes variáveis.

A opção pela utilização do questionário para recolha de dados pareceu ser a mais adequada uma vez que, na perspetiva de Quivy & Campenhoudt (1992), o questionário é um instrumento de observação não participante, baseado numa sequência de questões escritas, que são dirigidas a um conjunto de indivíduos, envolvendo as suas opiniões, representações, crenças e informações factuais, sobre eles próprios e o seu meio.

Para o efeito foi concebido um modelo de questionário, instrumento que se pretendeu que fosse capaz de produzir as informações adequadas e necessárias para testar hipóteses, permitindo elaborar um retrato da população institucionalizada, nomeadamente no que se refere ao género, idade, habilitações literárias, situação socioprofissional anterior à reforma ou anterior zona de residência.

Por outro lado procurou-se que as respostas permitissem igualmente conhecer as razões que precipitaram a opção pela institucionalização, isto é, se o encaminhamento para a estrutura residencial de longa duração foi na sequência de sentimentos de solidão, motivos de saúde ou necessidade de cuidados de saúde especializados, abandono familiar, razões económicas, défices de funcionalidade, etc. bem como se essa decisão partiu do próprio idoso, constituindo-se como uma opção livre e consciente por parte dos idosos.

Este instrumento de recolha de dados permitiu ainda analisar a capacidade relatada pelo idoso de realizar, antes da sua institucionalização, atividades que lhe permitiam cuidar de si próprio e viver independentemente no seu meio, através da integração de dois instrumentos que avaliam a capacidade do idoso para executar as



Atividades da Vida Diária (Katz) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (Lawton e Brody). A sua aplicação permite perceber as condições crónicas do idoso que podem comprometer de forma significativa a sua qualidade de vida pelo facto, muitas vezes, poderem ser geradoras de processos incapacitantes que afetam a funcionalidade dos idosos e, consequentemente, o desempenho das atividades quotidianas.

O Índice de Independência nas AVD, desenvolvido por Sidney Katz, é um dos instrumentos de avaliação funcional mais antigos e também dos citados na literatura nacional e internacional, embora tenha sido publicado pela primeira vez em 1963. Este é um instrumento que permite medir se a pessoa é capaz ou incapaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si própria de forma autónoma ou independente e da sua envolvente e, no caso de não ser, permite ainda verificar se a necessidade de apoio é total ou parcial.

A escala elaborada por Lawton e Brody (1969) permite avaliar a autonomia do sujeito na realização de atividades necessárias à vivência de forma independente na comunidade, designadas por AIVD de acordo com o seu desempenho ou participação nas mesmas.

Através das respostas ao questionário procurou-se ainda conhecer há quanto tempo se encontram institucionalizados, bem como a disponibilidade e adequação do suporte social e familiar.

Foi ainda proporcionado espaço para que os participantes pudessem expressar a sua opinião sobre as opções tomadas ou expectativas relativamente à institucionalização.

O guião de perguntas que integram o questionário, ainda que relativamente extenso, revelou-se pertinente permitindo conhecer e compreender a trajetória de vida dos idosos até à sua entrada em lar.

Apesar de ter-se optado por um formulário que continha um roteiro de perguntas enunciadas pelo entrevistador e preenchidas por ele com as respostas



obtidas, atendendo ao facto de que os idosos teriam dificuldades em responder a questionários, por escrito, sem a presença do pesquisador, verificou-se que o tempo de aplicação foi extenso, não raras vezes foi bastante superior a uma hora, não tanto por motivo de compreensão das questões mas pela necessidade sentida por muitos dos participantes em detalharem as suas experiências de vida.

Todos os questionários foram aplicados nas respetivas instituições, observando-se os aspetos éticos e legais. A aproximação inicial com os idosos foi realizada em conjunto com a Direção Técnica, durante a qual foram abordados os objetivos do estudo a realizar, convidando-os a participar no mesmo.

Foi igualmente apresentado o Termo de Consentimento Informado onde foi informado que a sua participação era voluntária, assegurando-se o sigilo da sua identidade e informações prestadas.

O período de recolha de dados decorreu entre os dias 3 de Julho e 26 Agosto de 2013, tendo-se procurado sempre a melhor conciliação com os horários das Instituições no sentido da não perturbação do seu funcionamento evitando marcar presença, nomeadamente, nos períodos destinados ao repouso e às refeições, situação que contribuiu, no entanto, para dilatar a duração desta aplicação.

3ª PARTE: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. Análise estatística e limitações do estudo

Os dados recolhidos foram processados eletronicamente através do programa Microsoft Office Excel 2007 e do programa SPSS – Statistical Package for the Social Sciences (Versão 21) para Windows.

O SPSS é considerado o programa de tratamento estatístico por excelência na área das ciências sociais que disponibiliza múltiplas técnicas e métodos estatísticos, permitindo aceder e organizar a informação permitindo, nomeadamente, obter tabelas de frequências para uma ou mais variáveis simultaneamente, obter tabelas de dupla entrada que permitem o cruzamento de duas variáveis ou a construção de representações gráficas.

O presente trabalho de investigação consiste num estudo exploratório, de abordagem qualitativa, baseado em elementos recolhidos através de questionário, visando identificar as diferentes variáveis intervenientes e a relação existente entre as mesmas no sentido de conhecer as que estão relacionadas ao fenómeno estudado.

Apesar de se ter procurado efetuar uma análise estatística verificou-se que a dimensão da amostra era reduzida para um ensaio metodológico, no entanto, ao nível da estatística descritiva analisou-se a distribuição de frequências, as medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão). Neste sentido, não se pretendeu testar hipóteses nem generalizar as análises e os resultados aferidos neste estudo acreditando, no entanto, que os dados apresentados podem apontar para similaridades com a situação de outros idosos igualmente institucionalizados.



Neste sentido, este poderá constituir-se um primeiro estudo exploratório que abrirá caminho a um trabalho de investigação de maior dimensão que conte com uma amostra representativa da população e que, eventualmente, possa igualmente integrar os cuidadores e um painel de profissionais, nomeadamente, Assistentes Sociais face ao seu papel na avaliação do pedido de admissão em estruturas residenciais para idosos.

2. Caracterização da amostra

2.1 Dados sociodemográficos

2.1.1 Género

Participaram neste estudo 42 idosos (33 do sexo feminino que correspondem a 78,6% da amostra e 9 indivíduos do sexo masculino), confirmando uma feminização da institucionalização que reflete o maior peso populacional das mulheres nas faixas etárias mais elevadas, uma vez que apesar da maior esperança de vida que acompanha este género, a probabilidade de apresentarem um maior número de doenças crónicas e incapacitantes para a realização das AVD é também mais elevada.

Relativamente à diferença na proporção de mulheres e homens a residir nas Instituições, esta também poderá ser explicada pelo facto dos homens mais velhos terem uma maior probabilidade de serem casados, podendo por isso contar com as suas esposas na prestação de cuidados.

Tabela 1. Género

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Masculino	9	21,4	21,4	21,4
Valid Feminino	33	78,6	78,6	100,0
Total	42	100,0	100,0	

2.1.2 Idade

A média de idades da população inquirida era de 80,98 anos, situando-se a idade mínima ao nível dos 65 anos e a idade máxima em 98 anos.

Podemos ainda verificar que a idade média das mulheres é de 80,82 anos, situando-se a dos homens ligeiramente acima (81,56 anos).



Os dados obtidos permitem confirmar que a necessidade de cuidados aumenta com a idade, sobretudo no que respeita ao sexo feminino, uma vez que é maior a proporção de mulheres que se encontra nas faixas etárias mais avançadas.

Tabela 2. Idade (Descriptive Statistics)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	42	65	98	80,98	8,778
Valid N (listwise)	42				

2.1.3 Escolaridade

Tabela 3. Género * Escolaridade (Crosstabulation)

		Escolaridade					Total
		Não sabe ler / escrever	Inferior a 4 anos de escolaridade	Entre 4 e 9 anos de escolaridade	Ensino Secundário	Ensino Superior	
Género	Count	0	1	7	0	1	9
	% within Género	0,0%	11,1%	77,8%	0,0%	11,1%	100,0%
	% within Escolaridade	0,0%	12,5%	25,0%	0,0%	100,0%	21,4%
	Count	3	7	21	2	0	33
	% within Género	9,1%	21,2%	63,6%	6,1%	0,0%	100,0%
	% within Escolaridade	100,0%	87,5%	75,0%	100,0%	0,0%	78,6%
Total	Count	3	8	28	2	1	42
	% within Género	7,1%	19,0%	66,7%	4,8%	2,4%	100,0%
	% within Escolaridade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Os dados apontam para uma população com um baixo nível de educação formal em que a maioria dos idosos inquiridos (52,4%) detém uma escolaridade ao nível do 1º ciclo do ensino básico (4 anos de escolaridade), acrescentando ainda que 19% da amostra refere ter algumas competências de leitura e escrita apesar de não ter concluído qualquer grau de ensino, facto que não é surpreendente dado que se tratam de pessoas que, à época em que viveram a sua infância, o ensino não era uma prioridade, sobretudo para as mulheres. Neste sentido, da análise e cruzamento com a variável género resultam algumas diferenças na escolaridade entre homens e mulheres, demonstrativas das desigualdades existentes na geração destes idosos, nomeadamente, pelo facto dos três idosos que afirmaram não saber ler nem escrever serem mulheres.

2.1.4 Situação conjugal

A situação conjugal influencia, em grande medida, a organização do dia-a-dia da pessoa, no caso da população em análise, pode verificar-se que 54,8% da população inquirida encontra-se viúva, sendo também elevado o número de idosos que não chegou a constituir família (23,8%). Neste sentido, a solidão conjugal, sobretudo nas pessoas que perderam o seu cônjuge, constitui-se um fator de risco elevado para a institucionalização.

Tabela 4. Situação Conjugal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Casado/a ou em União de Facto	4	9,5	9,5	9,5
Solteiro/a	10	23,8	23,8	33,3
Separado/a Divorciado/a	5	11,9	11,9	45,2
Viúvo/a	23	54,8	54,8	100,0
Total	42	100,0	100,0	

2.1.5 Atividade profissional

Associado a um nível de escolaridade baixo, pode afirmar-se que estamos perante uma amostra com qualificações profissionais igualmente baixas, não permitindo uma profissão mais especializada.

A maioria dos idosos esteve empregada em profissões não qualificadas, sobretudo no âmbito do trabalho doméstico por conta de outrem.

Tabela 5. Última Atividade Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sem atividade profissional	8	19,0	19,0	19,0
Pessoal dos Serviços e Vendedores	11	26,2	26,2	45,2
Trabalhadores não qualificados	12	28,6	28,6	73,8
Pessoal Administrativo e Similares	2	4,8	4,8	78,6
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	1	2,4	2,4	81,0
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	7	16,7	16,7	97,6
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	1	2,4	2,4	100,0
Total	42	100,0	100,0	

2.2 Condições Socioeconómicas e de saúde prévias à Institucionalização

2.2.1 Situação habitacional

A maioria dos residentes que integrou a amostra habitava, antes da institucionalização, em habitações arrendadas (57,1%) inseridas em apartamentos / andares, ainda que um número significativo destes fogos não apresentasse barreiras arquitetónicas.

Tabela 6. Regime de ocupação da habitação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Casa própria	16	38,1	38,1	38,1
Casa arrendada	24	57,1	57,1	95,2
Casa de familiares	2	4,8	4,8	100,0
Total	42	100,0	100,0	

Tabela 7. Tipo de habitação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Casa unifamiliar	7	16,7	16,7	16,7
Apartamento / andar	35	83,3	83,3	100,0
Total	42	100,0	100,0	

2.2.2 Coabitação

Foi possível verificar ainda que a maioria dos idosos (61,9%) residia só antes da institucionalização. Um número também significativo de idosos referiu não ter qualquer companhia nas 24 horas do dia, apesar de 61,9% dos residentes ter filhos. É

neste sentido que, muitas vezes, a entrada no Lar é encarada como forma de garantir a segurança de um futuro que se apresenta cada vez mais difícil.

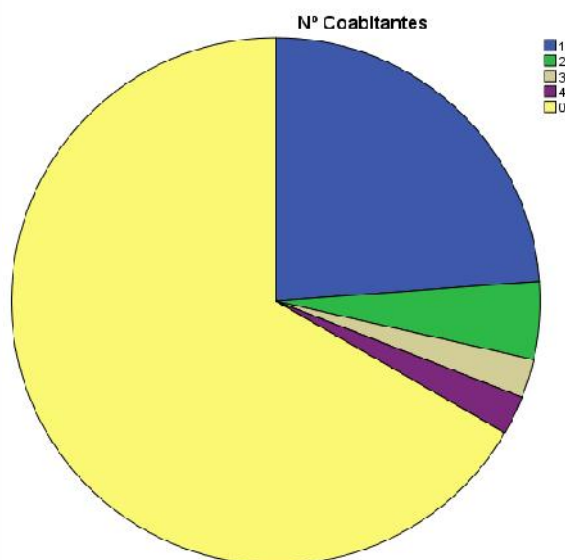


Gráfico 1- Nº de coabitantes

2.2.3 Relacionamento familiar

A maioria dos idosos inquiridos refere que antes da institucionalização tinha um bom relacionamento familiar e convivência intensa, mantendo-se após a sua entrada em lar. No entanto, verifica-se que em cerca de 24% o relacionamento familiar tem latente alguma tensão ou conflito.

Tabela 8. Relacionamento Familiar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bom relacionamento e convivência intensa	20	47,6	47,6	47,6
Valid Bom relacionamento e convivência esporádica	12	28,6	28,6	76,2

Relacionamento com conflitos eventuais	7	16,7	16,7	92,9
Relacionamento com conflitos constantes	3	7,1	7,1	100,0
Total	42	100,0	100,0	

2.2.4 Rendimentos auferidos

A totalidade os idosos que constituíram a amostra possuía rendimentos próprios provenientes da pensão de reforma, no entanto, a maioria não está satisfeita com o valor da sua reforma, tendo sido referido por 76,2% dos idosos que o montante auferido apenas permitia cobrir as principais necessidades, vivendo até com dificuldades.

Tabela 9. Perceção sobre rendimentos auferidos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Permite viver sem preocupações	2	4,8	4,8	4,8
Valid Permite viver razoavelmente	8	19,0	19,0	23,8
Valid Permite cobrir principais necessidades	21	50,0	50,0	73,8
Valid Permite viver com dificuldades	11	26,2	26,2	100,0
Total	42	100,0	100,0	

Esta questão das baixas reformas estarão, certamente, associadas ao exercício de uma atividade profissional pouco qualificada e, consequentemente, com baixas remunerações, sobretudo relacionada com o serviço doméstico.

É neste contexto de fracos recursos económicos que 45,2% dos idosos inquiridos referiu necessitar da ajuda de terceiros para suportar a mensalidade paga à Instituição.

Tabela 10. Necessidade de apoio de terceiros para pagamento da Instituição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	19	45,2	45,2	45,2
Não	22	52,4	52,4	97,6
Não sabe	1	2,4	2,4	100,0
Total	42	100,0	100,0	

2.2.5 Problemas de saúde

De entre a tipologia de doenças identificadas, as que têm uma maior representatividade na população da amostra são as cardiovasculares (nomeadamente, provocados por Acidente Vascular Cerebral) e as relacionadas com o aparelho locomotor (como a necessidade de ajudas técnicas à mobilidade pessoal, desequilíbrios ou perceção de maior risco de queda).

Tabela 11. Principal doenças ou incapacidade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aparelho locomotor	3	7,1	7,1	7,1
Cardiovasculares	9	21,4	21,4	28,6
Endócrinas	11	26,2	26,2	54,8
Neurológicas	4	9,5	9,5	64,3
Osteomusculares	3	7,1	7,1	71,4
Psiquiátricas	5	11,9	11,9	83,3
Tumor ou neoplasia	5	11,9	11,9	95,2
Total	2	4,8	4,8	100,0
	42	100,0	100,0	

2.2.6 Perceção sobre o próprio estado de saúde

Quando questionados sobre como avaliam o seu estado geral de saúde comparativamente a outras pessoas da mesma faixa etária, a resposta de 69,1% dos inquiridos oscila entre “regular”, “boa” e “muito boa”. É entendível que as autoperceções mais pessimistas relativamente ao seu estado de saúde sejam proferidas por pessoas com um nível de dependência mais elevado.



Gráfico 2- Autoperceção sobre estado de saúde

2.2.7 Apoio social recebido anterior à institucionalização

A confirmar a presença de problemas de saúde limitativos da capacidade de realização de algumas das atividades diárias encontra-se o número significativo de idosos que beneficiavam, previamente à institucionalização, de algum tipo de apoio social (42,9%), nomeadamente ao nível das respostas de Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia. De referir ainda que alguns dos idosos referiram dispor de apoio prestado por empregadas domésticas ao nível da higiene da habitação, cuidados de

roupa e confeção de refeições, no entanto, estas respostas não puderam ser consideradas dentro do apoio social.

Tabela 12. Apoio social recebido antes da institucionalização

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	18	42,9	42,9	42,9
Não	24	57,1	57,1	100,0
Total	42	100,0	100,0	

2.2.8 Avaliação da funcionalidade

No sentido de se verificar a existência de alguma perda de autonomia resultante de debilidade física ou intelectual anterior à entrada em lar que pudesse ter-se constituído como fator determinante na institucionalização, foi aplicado o Índice de Katz e a Escala de Lawton & Brody.

O índice de Katz permite avaliar o desempenho funcional de seis atividades consideradas básicas da vida quotidiana: lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se.

A Escala de Lawton permite avaliar o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização de atividades instrumentais (AIVD) que compreendem oito tarefas como: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar a roupa, utilizar transportes, responsabilidade pela própria medicação e habilidade para lidar com o dinheiro.

2.2.8.1 Índice de Katz

Tabela 13. AVD – Índice de Katz

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Dependente	5	11,9	11,9	11,9
Independente	26	61,9	61,9	73,8
Parcialmente dependente	11	26,2	26,2	100,0
Total	42	100,0	100,0	

2.2.8.2 Escala de Lawton e Brody

Tabela 14. AIVD- Escala de Lawton & Brody

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Dependência grave	6	14,3	14,3	14,3
Dependência ligeira	18	42,9	42,9	57,1
Dependência moderada	10	23,8	23,8	81,0
Independente	8	19,0	19,0	100,0
Total	42	100,0	100,0	

A análise dos resultados obtidos com a aplicação de ambas as escalas conduz a uma apreciação de que um número considerável de idosos mantinha, antes da institucionalização, alguma independência relativamente às AVD e AIVD. Perante esta constatação, poder-se-á interrogar se a rede familiar não terá, por vezes, uma perceção ou julgamento exacerbada relativamente à fragilidade do idoso e à sua incapacidade de prover ao autocuidado, o que pode ter contribuído para precipitar a decisão de institucionalização.

Por vezes, atitudes paternalistas ou assistencialistas, frequentes por parte dos cuidadores informais familiares, sobretudo filhos, ou pelo facto de não lhes ser possível disponibilizar o acompanhamento constante e seguro ao seu familiar, podem conduzir à dependência e perda da autonomia do idoso e, conseqüentemente, à perda de espaço e de autodeterminação relativamente à forma de administrar a sua própria vida.

Muitos dos idosos inquiridos revelaram possuir ainda alguma autonomia quer ao nível da mobilidade quer ao nível da realização de determinadas AVD (como, por exemplo, higiene pessoal, vestir / despir, comer, etc.), pelo que necessitariam apenas de supervisão, não exigindo normalmente um grande dispêndio de tempo e energia, podendo até efetuar-se à distância (por telefone, por exemplo).

Mantendo a sua função cognitiva, como é o caso da população considerada no presente estudo, selecionada no sentido de abranger indivíduos sem comprometimentos graves ao nível da função cognitiva, as limitações físicas não devem constituir-se, por si, obstáculos para que a pessoa idosa não participe nas decisões que lhe dizem respeito nem implicam a necessidade de privação da participação social e da convivência. Alguns autores referem que de acordo com os mais recentes conceitos gerontológicos, os idosos que preservem a autonomia e funcionalidade devem ser considerados indivíduos saudáveis, ainda que portadores de alguma doença crónica não transmissível, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, por exemplo.

2.3 Circunstâncias da institucionalização

2.3.1 Tempo de institucionalização

Relativamente ao tempo de institucionalização, verifica-se um número significativo de idosos que reside no Lar há mais de 5 anos, ainda que a maioria (31%) se encontre mais recentemente institucionalizada entre 1 e 2 anos, o que poderá

apontar para alguma rotatividade da população, perante situações de óbito e de hospitalizações.

Tabela 15. Tempo de Institucionalização

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Menos de 1 anos	8	19,0	19,0	19,0
Entre 1 e 2 anos	13	31,0	31,0	50,0
Valid Entre 3 e 5 anos	10	23,8	23,8	73,8
Mais de 5 anos	11	26,2	26,2	100,0
Total	42	100,0	100,0	

Através do cruzamento das variáveis idade, género e tempo de institucionalização, é possível que se verifique alguma tendência para as mulheres se institucionalizarem mais tarde do que os homens, o que poderá ser explicado quer pelo facto da sua esperança de vida ser maior, mas também por estas serem mais autónomas em relação ao desempenho das AVD.

Do cruzamento dessas variáveis podemos ainda destacar que a idade média de institucionalização rondará os 76 e os 83 anos.

Tabela 16. Idade * Tempo de Institucionalização

Idade sem categorias

Tempo de Institucionalização	Mean	N	Std. Deviation
Menos de 1 anos	79,50	8	9,871
Entre 1 e 2 anos	78,69	13	8,341
Entre 3 e 5 anos	82,80	10	6,957
Mais de 5 anos	83,09	11	10,193
Total	80,98	42	8,778

2.3.2 Motivo que conduziu à institucionalização

Questionados sobre os motivos que, no seu entender, teriam determinado a institucionalização, as respostas obtidas dividem-se entre as dificuldades em providenciar o autocuidado (33,3%), fruto de doenças ou incapacidades, e a indisponibilidade manifestada pelos familiares em proverem esse cuidado (31%), situação agravada pelo facto da situação conjugal da maioria dos inquiridos ser viúvo (54,8%) ou mesmo não ter constituído família (23,8%).

Tabela 17. Motivo para a Institucionalização

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sentir-se só	7	16,7	16,7	16,7
Indisponibilidades dos familiares	13	31,0	31,0	47,6
Doença e/ou incapacidade e consequente dificuldade em autocuidar-se	14	33,3	33,3	81,0
Valid Não ter família	3	7,1	7,1	88,1
Falta de condições da habitação própria	3	7,1	7,1	95,2
Falta de recursos financeiros	1	2,4	2,4	97,6
Falta de habitação	1	2,4	2,4	100,0
Total	42	100,0	100,0	

2.3.3 Pedido de institucionalização

Relativamente à opção pela institucionalização, verifica-se que a maioria dos idosos não teve à sua responsabilidade essa decisão, tendo a mesma sido adotada pela rede familiar de suporte (filhos e outros familiares).

Tabela 18. Iniciativa de Institucionalização

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Cônjuge	1	2,4	2,4	2,4
Filho(s)	10	23,8	23,8	26,2
Outros	8	19,0	19,0	45,2
Outros familiares	8	19,0	19,0	64,3
Próprio	15	35,7	35,7	100,0
Total	42	100,0	100,0	

Os familiares assumem-se, assim, como mediadores no processo de entrada no lar, acompanhando os seus familiares idosos no processo de internamento, cuja participação tem um papel extremamente importante enquanto garante de afetos e apoio aos seus idosos.

Apenas um número reduzido de idosos (oito) referiu não ter sido consultado nesse processo de decisão ou a mesma ter sido tomada sem o seu consentimento, no entanto, pode constatar-se que, na maioria das situações, não foram apresentadas e ponderadas alternativas à institucionalização.

2.3.4 Processo de adaptação à Instituição

Apesar de não ter sido possível confirmar a tendência, face à dimensão da amostra, é provável que haja uma correlação entre as variáveis iniciativa de institucionalização e o processo de adaptação à Instituição, podendo este ocorrer de forma mais fácil e serena nos casos em que partiu do próprio idoso a iniciativa de recurso a esta resposta social. Contudo, convém não esquecer que ao longo do processo de envelhecimento, as capacidades de adaptação do ser humano vão diminuindo, tornando-o mais sensível ao seu meio ambiente.

Tabela 19. Processo de adaptação à Instituição * Iniciativa de institucionalização (Crosstabulation)

			Iniciativa de institucionalização				Total
			Próprio	Filho(s)	Outros familiares	Outros	
Processo de adaptação à Instituição	Fácil	Count	10	4	4	3	21
		% within Processo de adaptação à Instituição	47,6%	19,0%	19,0%	14,3%	100,0%
		% within Iniciativa de institucionalização	66,7%	36,4%	50,0%	37,5%	50,0%
		Adjusted Residual	1,6	-1,1	,0	-,8	
	Razoável	Count	3	4	2	2	11
		% within Processo de adaptação à Instituição	27,3%	36,4%	18,2%	18,2%	100,0%
		% within Iniciativa de institucionalização	20,0%	36,4%	25,0%	25,0%	26,2%
		Adjusted Residual	-,7	,9	-,1	-,1	
	Difícil	Count	2	3	2	3	10
		% within Processo de adaptação à Instituição	20,0%	30,0%	20,0%	30,0%	100,0%
		% within Iniciativa de institucionalização	13,3%	27,3%	25,0%	37,5%	23,8%
		Adjusted Residual	-1,2	,3	,1	1,0	
Total	Count	15	11	8	8	42	
	% within Processo de adaptação à Instituição	35,7%	26,2%	19,0%	19,0%	100,0%	
	% within Iniciativa de institucionalização	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

De entre as principais dificuldades sentidas no processo de adaptação à instituição destacam-se “deixar a casa onde vivia” (31% dos inquiridos) e o facto de ter a necessidade de “partilhar espaços com pessoas que desconhecia” (9,5%).

Ainda que muitas vezes a decisão de institucionalização não tenha partido do próprio idoso, quando questionados se consideram que essa opção foi a mais adequada à sua situação, mais de 80% das respostas obtidas são afirmativas,

parecendo revelar uma aceitação desta condição e consciencialização de que a institucionalização seria a melhor opção, ainda que preferissem continuar nas suas casas.

2.3.5 Contactos com familiares e amigos

Em qualquer fase da sua vida, o ser humano precisa de estabelecer relações e laços afetivos, mesmo em situações em que é impossível a partilha do mesmo teto, os idosos sevem continuar a ser apoiados, ainda que a institucionalização possa potencializar o afastamento do idoso da família.

Este parece ser também o entendimento do núcleo familiar e da rede de amigos da população inquirida em que 85,7% referem receber frequentemente visitas (pelo menos 1 vez por semana) associado ao contacto telefónico regular. Parece importante referir ainda que quando questionados sobre o que poderiam fazer os familiares para melhorar a sua qualidade de vida, a maioria dos idosos refere “nada, já fazem o que podem”, sentimento que revela alguma aceitação da inevitabilidade da institucionalização.

Relativamente aos idosos que referem um menor grau de apoio familiar, este afastamento já é, muitas vezes, o culminar de uma vida desgastante e de relacionamento conflituoso, em que a necessidade de um contacto permanente vai diminuindo levando ao distanciamento, com especial prejuízo para o idoso que se sente abandonado e sem retaguarda emocional.

Tabela 20. Contactos e visitas frequentes com familiares e amigos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	36	85,7	85,7	85,7
Não	6	14,3	14,3	100,0
Total	42	100,0	100,0	

2.3.6 Saídas da Instituição

Quando questionados sobre as atividades proporcionadas pela Instituição, parece pertinente referir a valorização dada pelos idosos às visitas que, com mais ou menos frequência, alguns deles continuam a fazer à sua anterior habitação. O domicílio parece continuar a constituir-se como o seu porto de abrigo, de proteção e local das suas inter-relações, pelo que parece importante ter-se em consideração a possibilidade de manutenção deste ou de outros vínculos externos. Porque normalmente residiram nessa casa largos anos, os idosos afeiçoam-se de um forma muito especial à sua casa à qual estão associados um conjunto de sentimentos que vinculam o idoso àquele lugar e cujos laços se fortalecem ao longo do tempo.

Pelo contrário, aqueles que por circunstâncias diversas tiveram a necessidade de deixar definitivamente as suas casas, nomeadamente os que residiam em habitações arrendadas, demonstraram o pesar perante essa realidade.

É, por isso, fácil de compreender que a decisão de viver numa instituição nunca é fácil e, muito menos, deve ser tomada de ânimo leve ou apenas porque outros assim o entendem. Para muitos destes idosos, a sua condição não foi uma escolha e, para a generalidade destes, nunca tinham pensado que o seu futuro passaria por envelhecer numa Instituição.



3. Conclusões

Efetivamente, a maioria dos idosos prefere permanecer nas suas casas enquanto lhes é possível manter a sua rede social de suporte, preservando o seu ambiente e desfrutando de uma maior qualidade de vida.

Como anteriormente referido, nas últimas décadas vários estudos sobre os fatores preditores para a colocação de idosos em instituições de longa permanência têm centrado a questão da institucionalização não em preferências individuais mas num conjunto de variáveis que tornam alguns indivíduos mais suscetíveis de receber cuidados de longa duração.

A análise dos dados recolhidos no âmbito do presente trabalho parece indicar uma tendência semelhante, sendo possível relacioná-los com os resultados de estudos de diferentes autores que identificam a relação existente entre os fatores sociodemográficos, de saúde física, de capacidade funcional, entre outros e o risco de institucionalização.

Assim, o comprometimento cognitivo e/ou funcional subjacente (Bharucha, Pandav, Shen, Dodge e Ganguli, 2004; Tomiak, Berthelot, Guimond e Mustard, 2000, Angel, Angel, Aranda e Miles, 2004; Bharucha, Pandav, Shen, Dodge, e Gangulli, 2004), associado à falta de apoio e assistência nas atividades da vida diária (Boaz e Muller, 1994; Tsuji, Whalen e Finucane, 1995) são apontados como condições de maior vulnerabilidade para a institucionalização.

Parece existir igualmente uma relação positiva entre a probabilidade de institucionalização e a idade de um indivíduo (Tomiak, Berthelot, Guimond, e Mustard, 2000; Morris, 1988; Weissert, 1989; Abraham, 1994; Freedman, 1994; Klein, 1994; Severson, 1994; Metzger, 1997; Vernooi, 1997).



O estado civil parece igualmente desempenhar um papel fundamental, apresentando-se frequentemente em situação de desvantagem quem nunca foi casado ou é divorciado. O facto de viver sozinho aumenta também significativamente o risco de institucionalização (Hays, Pieper e Purser, 2003).

Verificam-se também diferenças marcantes entre homens e mulheres, nomeadamente, que poderão ser explicadas quer pela esperança de vida quer pelo facto de as mulheres apresentarem uma menor propensão para voltar a casar depois da perda do cônjuge, aumentando a probabilidade das mulheres idosas viverem sós, enquanto será mais provável o homem coabitar com outras gerações (Jagger, Spiers e Clarke, 1993; Morris, 1988; Weissert, 1989; Abraham, 1994; Freedman, 1994; Klein, 1994; Severson, 1994; Metzger, 1997; Vernooi, 1997).

Foram igualmente apontados como fatores associados à admissão em instituições de longa permanência a prevalência de algumas doenças (Fransen, Woodward, Norton, Robinson, Butler e Campbell, 2002; Tomiak, Berthelot, Guimond e Mustard, 2000), a perda de autonomia funcional e consequente limitação na realização das atividades da vida diária, o viver ou sentir-se sozinho, a inexistência ou *stress* do cuidador ou, simplesmente, não quererem constituir-se um fardo para as suas famílias.

Pelo contrário, a probabilidade de ser institucionalizado poderá ser menor se existir oferta de cuidados formais, nomeadamente quando existe a capacidade financeira para assegurar o pagamento desses cuidados em casa.

4. Reflexões finais

Hoje em dia, as opções por manter o idoso na comunidade através de uma rede de serviços têm mudado o perfil da população residente em instituições de longa permanência, constituindo-se predominantemente por idosos com idades mais avançadas, com graves perdas funcionais e com demências.

No entanto, é um facto que a doença e a consequente dependência não se constituem como os únicos motivos para a opção pela institucionalização, aos quais podemos associar outras causas como a solidão e o isolamento, a fragilidade de condições habitacionais e a ausência de redes de solidariedade que auxiliem em situações de urgência (Pimentel, 2005).

De entre as múltiplas razões pelas quais as pessoas se deparam com a decisão de entrar numa estrutura residencial para idosos, muito poucas referem a sua entrada porque assim o quiseram. Geralmente há um fator fora do seu controlo que impele para essa decisão. No entanto, perante mudanças nas circunstâncias de vida, há idosos que ponderam a institucionalização como resposta para os seus problemas e entram para a instituição por sua própria vontade, constituindo-se um importante fator para o seu processo adaptativo.

Há ainda algumas situações marcadas pelo conflito familiar que resultam na procura pela institucionalização.

Por outro lado, com as dificuldades surgidas no quotidiano em que o cuidado se torna difícil e desgastante física e emocionalmente, em que a situação socioeconómica não permite a contratação de cuidadores ou outro tipo de suporte que minimize a sobrecarga, bem como a existência de soluções limitadas apontadas como garantia de cuidado e de uma melhor qualidade de vida ao idoso, para a família e, muitas vezes, para o próprio idoso, a institucionalização surge como uma opção na procura de um

ambiente mais adequado para o idoso residir, onde o mesmo seja bem acolhido, preservando os laços afetivos fundamentais com a família.

Não obstante o objetivo específico dos lares, que consiste fundamentalmente em proporcionar serviços permanentes adequados à problemática do idoso contribuindo, de certo modo, para a qualidade de vida no processo de envelhecimento, torna-se necessário assegurar que o idoso permaneça no seu próprio ambiente tanto tempo quanto possível, mantendo a sua independência, qualidade de vida e integração social, envolvendo a participação da família, comunidade e organizações.

Não sendo possível manter o idoso no seu domicílio e afigurando-se a institucionalização como a melhor resposta, torna-se importante fortalecer a relação familiar como forma de promover a integração adequada dos idosos nos equipamentos.

Considerando que a decisão de institucionalizar nunca é uma tarefa fácil, deve haver o acordo do idoso de que esta é necessária, não devendo ser feita apressadamente. Tratando-se de uma decisão imposta por familiares ou terceiros, num processo em que o idoso resistiu ou discordou ativamente do seu processo de integração em lar este não terá a melhor adaptação à Instituição.

Ainda que a institucionalização pareça ser um processo mais ou menos inevitável face a determinadas condições de vida e limitações e perdas funcionais de uma população mais idosa, esta deve ser considerada como uma alternativa e não um fim em si mesma, devendo os esforços ser concentrados na manutenção da pessoa idosa no seu ambiente explorando-se todos os recursos da comunidade, sendo importante valorizar e promover a sua qualidade de vida e a manutenção da sua autonomia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, I. et al. (1994) - *Risk profiles for nursing home placement of rural elderly: A cluster analysis of psychogeriatric indicators*. Archives of Psychiatric Nursing. Ano 8, 4.

ANGEL, J.; ANGEL, R.; ARANDA, M.; MILES, T. (2004). – *Can families still cope? Social support and health as determinants of nursing home use in the older Mexican-origin population*. Journal of Aging and Health.

BARENYS, M. P. (1990) - *Residencias de Ancianos – análisis sociológico*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.

BARRETO, João. (2005) - *Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual*. Revista Faculdade Letras: Sociologia I.

BARROS, Fátima (2011) – *Bem-estar, suporte social e adaptação à institucionalização no idoso*. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

BERGER, Louise; Mailloux-Poirier, Danielle (1995) – *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidáctica.

BHARUCHA, A.; PANDAV, R.; SHEN, C.; DODGE, H.; GANGULI, M. (2004) – *Predictors of nursing facility admission: a 12 year epidemiological study in the United States*. Journal of the American Geriatrics Society.

BOAZ, R.; MULLER, C. (1994) – *Predicting the risk of “permanent” nursing home residence: the role of community help as indicated by family helpers and prior living arrangements*. Health Services Research.

BORN, T.; BOECHAT, N. (2002) - *A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado*.

in Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Koogan.

BROWN, Siobhan H. M., et al. (2011) - *Institutionalization of older people: prediction and prevention*. Aging Health, 7.

Branch, L.; Jette, A. (1982) - *A Prospective study of long-term care institutionalization among the aged*. American Journal of public Health.

BROCK, A.; O’SULLIVAN, P. (1985) – *A study to determine what variable predict institutionalization of elderly people*. Journal of public health.

CACIOPPO, J. T.; HUGHES, M. E.; WAITE, L. J.; HAWKLEY, L. C.; THISTED, R. A. (2006) - *Loneliness as a specific risk factor of depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses*. Psychology and Aging, 21.

CAPUCHA, Luís (2005) - *Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de protecção: protecção contra o “risco de velhice” : que risco?* In Sociologia, série I, vol. 15. Faculdade de Letras da Universidade do Porto: Instituto de Sociologia.

CARDOSO, Sónia (2012) - *Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990-2008)*. Análise Social, 204.



CARDOSO, M. (2002) – *Representações de vida. Um estudo realizado com adultos idosos. Dissertação apresentada às provas de Mestrado em Ciências do Desporto*. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

CARMO, H.; Ferreira, M. (1998) - *Metodologia da Investigação – Guia para a auto-aprendizagem*, Universidade Aberta, Lisboa.

CARNEIRO, R. et al. (2012) - *O envelhecimento da população: Dependência, ativação e qualidade (Relatório Final)*. Conselho Económico e Social.

CARVALHO, R.; Barbosa, R. (2003) - *Actividade Física e Envelhecimento*. In: Duarte, E.; Lima, S.T. (Org.). in: *Actividade física para pessoas com necessidades especiais: experiências e intervenções pedagógicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

CARVALHO, M. I. L. B. (2009) - *Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal*. Revista Kairós, 12.

COSTA, M. Arminda (1999) – *Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros*. In *O idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau.

DIAS, Isabel (2005). *Envelhecimento e violência contra os idosos*. Revista Faculdade Letras: Sociologia I.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1995) – *Estudo da qualidade de vida do idoso: aplicação de um instrumento de avaliação: relatório*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DUARTE, M.; PAÚL, C. (2007) - *Avaliação do ambiente institucional – público e privado: estudo comportamental dos idosos*. Rev. Transdisciplinar Gerontologia. Ano I, vol. I, Dez/Maio.

ERMIDA, José Gomes (1995) – *Avaliação demográfica compreensiva*. Temas Geriátricos. Lisboa : Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. Vol. 1.

EUROPEAN COMMISSION. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG. *Social Protection and Integration. Social Protection, Social Services - Long-Term care in the European Union*.

EUROBAROMETER (2008) - Family life and the needs of an ageing population. Flash Eurobarometer, 247.

EUROSTAT (2011). Active ageing and solidarity between generations: a statistical portrait of the European Union 2012. Luxemburgo. Publications Office of the European Union.

FERNANDES, A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras, Edições Celta.

FERNANDES, A. (2008), *Questões Demográficas. Demografia e Sociologia da População*. Lisboa, Edições Colibri.

FERNÁNDEZ-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

FERREIRA, F.A. G. (1990) - *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.



FILHO, E. T. Carvalho; Netto, M. Papaléo (2006). *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. (2ª ed.). São Paulo: Atheneu.

FRANSEN, M.; WOODWARD, M.; NORTON, R.; ROBINSON, E.; BUTLER, M.; CAMPBELL, A. (2002) – *Excess mortality or institutionalization after hip fracture: men are at greater risk than women*. Journal of the American Geriatrics Society.

FEDRIGO, Claudia R. A. M. (2000) - *Fisioterapia na terceira idade – O futuro de ontem é a realidade de hoje* [online]. Available from World Wide Web: <<http://www.fisiohoje.fst.br/>>

FREEDMAN, V. A., et al. (1994) - *Family networks: predictors of nursing home entry*. American Journal of Public Health, 84.

FREITAS, E. et al. (2002) – *Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global*. In Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

GARBER, Alan M. (1990) - *Predicting nursing home utilization among the high-risk elderly*. Issues in the Economics of Aging.

FONSECA, A.M. (2004) - *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

GAYMU, Joëlle, et al. (2007) - *Who will be caring for Europe's dependent elders in 2030?* Population-E, 62.

GAUGLER, Joseph E., et al. (2003) - *Caregiving and Institutionalization of Cognitively Impaired Older People : Utilizing Dynamic Predictors of Change*. The Gerontologist Vol. 43, 2.

GIDDENS, Anthony (2004). *Sociologia* (4ª edição revista e actualizada). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GORMAN, M. (2000) – *Development and the rights of older people*. In J. Randel, T. German & D. Ewing. The ageing and development report 1999: Poverty, independence and the world's older people. Londres: Earthscan Publications.

GRANDE, Nuno (1994) - *Linhas mestras par uma política nacional de terceira idade*. Rev. Portuguesa de Medicina Geriátrica, 68.

GUILLEMARD, A. M. (1986) - *Le déclin du social, formation et crise des politiques de la vieillesse*. Paris : Presses Universitaires de France.

GUIMARÃES, Paula (1999) – *Os direitos dos idosos*. In Envelhecer, um direito em construção. Lisboa.

GUIMARÃES, Paula (1998) – *O estatuto dos idosos no direito português ou o fim do idoso crepuscular*. Geriatria. Vol. 11, 101.

GRUNDY, Emily (2006) - *Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives*. Ageing and Society, 26.

GYLL, Josias (1998) – *Introdução à geriatria*. Pathos, 5.

HAYS, J.; PIEPER, C.; PURSER, J. (2003) – *Competing risk of household expansion or institutionalization in late life*. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.



- HOEMAN, S. P. (2000) - *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processos*. Lisboa: Lusociência.
- INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL (2002). *Prevenção da Violência Institucional perante pessoas idosas e pessoas em situação de dependência*. Ed. IDS.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1999). *As gerações mais idosas*. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002). *Revista de Estudos Demográficos - O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2012). *Estatísticas Demográficas 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- ISAACS, B. (1996) - *The giants of geriatrics. Inaugural lecture delivered in the University of Birmingham*. London.
- JACOB, L. (2001). *A velhice*. Lisboa, ISCTE.
- JAGGER, C.; SPIERS, N.; CLARKE, M. (1993) – *Factors associated with decline in function, institutionalization and mortality of elderly people*. Age and Aging.
- JOËL, Marie-Eve, et al. (2010) - *The Long-Term Care System for the Elderly in Portugal*. ENEPRI – European Network of Economic Policy Research Institutes. Report 84.
- JOSÉ, S. J.; WALL, K. (2006) - *Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções*. Cadernos Sociedade e Trabalho VII – Protecção Social, MTSS/DGEEP, Lisboa.
- KALLINEN, M.; MARKKU, A. (1995) - *Aging, physical activity and sports injury. An overview of common sports injuries in the elderly*. Sports Med.
- KATZ, S.; FORD A. B.; MOSKOWITZ, RW, et al (1963) – *Studies of illness in the aged. The index of ADL. A standardized measure of biological and psychosocial function*. JAMA.
- KLEIN, T.; SALASKE, I. (1994) - *Determinants of nursing home admission of elderly patients and chances for prevention. A longitudinal study in Germany*. Zeitschrift fur gerontology, 27.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade (2001) – *Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos; pesquisa bibliográfica; projeto e relatório; publicações e trabalhos científicos*. São Paulo: Editora Atlas.
- LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. (1969) - *Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living*. The Gerontologist, 9.
- LEVENSON, S. A. (2001) – *A assistência institucional de longo prazo*. In Reichel assistência ao idoso: aspetos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.



- LIEBERMAN, M. A. (1969) - *Institutionalization of the Aged: Effects of Behaviour*. Journal of Gerontology, 24.
- LUPPA, Melanie, et al. (2010) - *Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review*. Age and Ageing, 39.
- LUPPA, Melanie, et al. (2009) - *Gender differences in predictors of nursing home placement in the elderly: a systematic review*. International Psychogeriatrics, 21, 6.
- MARQUES, A. (1996) – *A prática de atividades físicas nos idosos: as questões pedagógicas*. Revista Horizonte. Vol. 13, 74.
- MARTINS, Rosa Maria Lopes (2006) - *Envelhecimento e políticas sociais*. Educação, ciência e tecnologia.
- MATSUDO, S. (1993) – *Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade*. Revista horizonte nº 54. São Paulo.
- MAURITTI, Rosário (2004) - *Padrões de vida na velhice*. Análise Social, nº 171, vol. XXXIX.
- MEDEIROS, Paulo (2012) - *Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização*. Polémica. Vol.11:3.
- METZGER, M. H. et al. (1997) - *Predictive factors for institutionalization in the context of gerontological planning in the Gironde Area (France)*. Revi. Epidemiol Santé Publique. 43.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998) – *Os mais velhos: relatório de actividades*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL (2009). *Carta Social: Rede de serviços e equipamentos*. Lisboa.
- MORRIS, J.; SHERWOODS, N.; GUTKIN, C. (1998) - *Inst-Risk II: na approach to forecasting relative risk of future institutional placement*. Health Services Research, 51.
- NAZARETH, J. M. (1994) – *O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa*. Geriatria. Vol. 7, 64.
- NETTO, M. Papaléo (2006). *O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos*. In Viana de Freitas, E.
- NIHTILÄ, Elina K., et al. (2007) - *Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people*. European Journal of Public Health Vol. 18, 1.
- NOTESTEIN, F. W. (1945) - *Population the long view*. Food for the World. University of Chicago Press.
- ORGANIZAÇÃO DE COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (2013) - *A good life in old age ? : monitoring and improving quality in long-term care*. Paris.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*, 1.ª ed.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (2001) - *World Population Ageing, 1950 – 2050*. Department of



Economic and Social Affairs. Population Division. United Nations Publications: New York.

PAÚL, Constança (1991) - *Percursos pela Velhice: uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. Tese de doutoramento em Ciências Biomédicas apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

PAÚL, C. (1997) - *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra:

Almedina.

PAÚL, Constança & Fonseca, A. M. (2005) - *Envelhecer em Portugal*. Psicologia, saúde e prestação de cuidados. (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

PAÚL, C. (2005) - *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. In Sociologia, Revista da Faculdade de Letras, Vol. 15.

PEREIRA, Manuel Gonçalves, et al. (2007) - *Versão Portuguesa do CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly): desenvolvimento e dados preliminares*. Revista Portuguesa de Saúde Pública Vol. 24, 1.

PIMENTEL, L. (2001) - *O lugar do idoso na família – Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.

POPULATION REFERENCE BUREAU (2009) – *World Population data Sheet. Demographic data and Estimates for the countries and the Regions of the World*. Washington: Population Reference Bureau.

PU, C. T. ; Nelson, M. E. (2001). *Envelhecimento, função e exercício*. In: Frontera, W. R.; Dawson, D. M. ; Slovik, D. M. In: Exercício físico e reabilitação. Porto Alegre: Artmed.

QUIVY, Raymond ; CAMPENHOUDT, Luc van (1998) – *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa : Gradiva.

RUSSEL, D. W.; CUTRONA, C. E.; MORA, A.; WALLACE, R. B. (1997) - *Loneliness and nursing home admission among rural and older adults*. Psychology and Aging, 12.

SANTOS, M. F. S. (1990) - *Identidade e Aposentadoria*. EPU, São Paulo.

SCOCCO, P.; RAPATTONI, M.; FANTONI, G. (2006). *Nursing home institutionalization: A source of eustress or distress for the elderly?* International Journal of Geriatric Psychiatry, 21.

SEQUEIRA, Carlos (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Editora Quarteto.

SEQUEIRA, Carlos (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa – Porto: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

SERRÃO, D. (2006) – *Seniores: um novo estrato social*. In Intervenção Social. Saberes e contextos. Porto: Edição da Escola Superior de Educação Paula Frassinetti.

SEVERSON (1994). *Les relations intergénérationnelles au moment de la vieillesse des parents*. Gérontologie e société. Paris: Fayard.

SIMÕES, A. (2006). *A nova Velhice – um novo público a educar*. (1ª edição). Lisboa: Ambar.



SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela. ;CERQUEIRA, Margarida (2004). *Envelhecer em Família*. Porto: Edições Ambar.

SOUZA, Fernando P. et al (1998) – *Sobrevoo: da autogénese passando pela infância e detendo-se na velhice*. Rev. Psicofisiologia, 2.

SPAR, J.; LA RUE, A. (2005) – Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica. Climepsi Editores.

SPIRDUSO, W. (1995). *Physical Dimensions of Aging*. Human Kinetics. Champaign, Illinois.

TEIXEIRA, João (1999). *Envelhecimento e Depressão*. Saúde Mental, Vol I.

TOMIAK, M.; BERTHELOT, J.; GUIMOND, E.; MUSTARD, C. (2000). *Factors associated with nursing home entry for elderly in Manitoba, Canada*. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences.

TSUJI, I; WHALEN, S.; FINUCANE, T. (1995) – *Predictors of nursing home placement in community based long-term care*. Journal of the American Geriatrics Society.

UNIÃO EUROPEIA (1998) – *Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados Membros relativa à Dependência*.

VAUPEL, James W., et al. (2008) - *Living longer in an ageing Europe: a challenge for individuals and societies*. European View.

VERNOOI, J.; DASSEN, M. (1997). *Predictors of change and continuity in home care for dementia patients*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 12.

WEISSERT, W. G. et al. (1989) - *Toward a model for improved targeting of aged at risk of institutionalization*. Health Services Research, 24.

WILMOTH, J. (2002). – *Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos*. Sociologias, 7.

YAMADA, Yukari. et al. (2012) – *Formal home help services and institutionalization*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 54.

ZAMBRANA, M. (1991) - *O desporto na terceira idade*. Revista Horizonte. Vol. 8, 45.

ZIMERMAN, Guite (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.



ANEXOS

I- Pedido de autorização para aplicação dos questionários

II- Modelo de questionário

III- Termo de consentimento informado



I- Pedido de autorização para aplicação dos questionários

Dora Cristina Veríssimo Pinto
R. Maria Severa, Lote 67, 5º Dtº
Urbanização Jardim da Amadora
2620-515 Ramada
962 365 890
pinto_dora@hotmail.com

A
Mesa Administrativa da
Santa Casa da Misericórdia da
Amadora
Estrada da Portela
Quinta das Torres
Buraca
2610- 143 Amadora

2013-06-07

Assunto: Pedido de colaboração na recolha de dados para dissertação de Mestrado

Excelentíssimos Senhores,

O meu nome é Dora Pinto e frequento o Mestrado em Sociedade, Risco e Saúde ministrado pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.

Sob a orientação da Professora Doutora Ana Fernandes encontro-me a desenvolver a dissertação de Mestrado no âmbito do envelhecimento, mais concretamente em torno dos determinantes da institucionalização de pessoas maiores de 65 anos, com o objetivo de analisar eventuais fatores de risco preditores de institucionalização contribuindo para um maior entendimento desta realidade que permita fornecer pistas que visem prevenir ou retardar a sua ocorrência.

Para operacionalizar o trabalho de campo consubstanciado na aplicação de um inquérito por questionário junto de uma amostra da população institucionalizada em unidades de internamento de longa duração, venho por este meio solicitar a melhor colaboração da Instituição que Vossa Excelência dirige no sentido de que me seja concedida autorização para aplicação deste questionário, cujo modelo remeto em anexo, junto de utentes dos Lares da Sagrada Família e Santo António, com idade igual ou superior a 65 anos que não apresentem diagnóstico de demência.

O motivo pelo qual gostaria de efetuar a recolha de dados em dois equipamentos da Santa Casa da Misericórdia da Amadora prende-se com o facto de, na minha atividade profissional enquanto Assistente Social numa IPSS (PROSALIS – Projecto de Saúde em Lisboa), ter tido a oportunidade de conhecer o excelente trabalho desenvolvido pela Vossa Instituição com a qual nos congratulamos de ser entidade parceira.

Na esperança de um parecer favorável e ficando à inteira disposição para qualquer informação complementar, apresento os melhores cumprimentos.


(Dora Cristina Veríssimo Pinto)



II- Modelo de questionário

QUESTIONÁRIO A PESSOAS MAIORES DE 65 ANOS INTERNADAS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Nome da Instituição:	Data de realização:
	2013- -

A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

A1. Nome do/a entrevistado/a:	A2. Género:	A3. Idade:
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

A4. Sabe ler e escrever?		A5. Foi à escola?		A6. Qual o nível mais elevado de ensino que completou?				
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 1º Ciclo (4 anos)	<input type="checkbox"/> 2º Ciclo (6 anos)	<input type="checkbox"/> 3º Ciclo (9 anos)	<input type="checkbox"/> Secundário (12 anos)	<input type="checkbox"/> Bacharelato / Licenciatura

A7. Qual a sua situação conjugal?				A8. Tem filhos?		A9. Quantos são Mulheres e Homens?	
<input type="checkbox"/> Casado/a ou em União de Facto	<input type="checkbox"/> Solteiro/a	<input type="checkbox"/> Separado/a ou Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Viúvo/a	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	___ M	___ F

A10. Qual a sua zona de proveniência?			
Concelho:	Distrito:	<input type="checkbox"/> Meio Rural	<input type="checkbox"/> Meio Urbano

A11. Qual foi a última atividade profissional que exerceu (de acordo com a Classificação Nacional das Profissões)?				
<input type="checkbox"/> Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	<input type="checkbox"/> Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	<input type="checkbox"/> Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	<input type="checkbox"/> Pessoal Administrativo e Similares	<input type="checkbox"/> Pessoal dos Serviços e Vendedores
<input type="checkbox"/> Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	<input type="checkbox"/> Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	<input type="checkbox"/> Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	<input type="checkbox"/> Trabalhadores Não Qualificados	<input type="checkbox"/> Especificar:



A12. Qual era a sua condição perante o trabalho?

<input type="checkbox"/> Trabalhador/a por conta de outrem		<input type="checkbox"/> Trabalhador/a por conta própria	<input type="checkbox"/> Desempregado/a	<input type="checkbox"/> Inativo/a
No sector público <input type="checkbox"/>	No sector privado <input type="checkbox"/>			

B. CONDIÇÕES SOCIOECONÓMICAS PRÉVIAS À INSTITUCIONALIZAÇÃO

B1. Situação habitacional

Regime de ocupação:	<input type="checkbox"/> Habitação própria	<input type="checkbox"/> Habitação arrendada	<input type="checkbox"/> Habitação de familiares	<input type="checkbox"/> Outra situação. Qual?
Localização:	<input type="checkbox"/> Inserida na povoação	<input type="checkbox"/> Isolada		
Tipo de habitação:	<input type="checkbox"/> Apartamento / andar	<input type="checkbox"/> Casa unifamiliar		
Barreiras arquitetónicas:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Se sim, quais? <input type="checkbox"/> Degraus de escadas <input type="checkbox"/> Portas estreitas <input type="checkbox"/> Banheira	<input type="checkbox"/> Outra(s). Qual?

B2. Nº de coabitantes na sua residência

B3. Com quem morava antes de vir para a Instituição?

<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Esposa / marido / Companheiro/a	<input type="checkbox"/> Filhos/as / Enteados/as / Noras / Genros	<input type="checkbox"/> Irmãos/ãs / Sobrinhos/as	<input type="checkbox"/> Netos/as	<input type="checkbox"/> Agregados não familiares	<input type="checkbox"/> Outro(s) Quem?
--------------------------------	--	---	---	-----------------------------------	---	--

B4. Como classifica o seu relacionamento com a família antes da institucionalização?

B5. E como é agora este relacionamento?

<input type="checkbox"/> Bom relacionamento e convivência intensa	<input type="checkbox"/> Bom relacionamento e convivência esporádica	<input type="checkbox"/> Relacionamento com conflitos eventuais	<input type="checkbox"/> Relacionamento com conflitos constantes	<input type="checkbox"/> Mantém-se	<input type="checkbox"/> Melhorou	<input type="checkbox"/> Piorou
---	--	---	--	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

B6. Os rendimentos auferidos pelo seu agregado familiar permitiam:

<input type="checkbox"/> Viver com dificuldades	<input type="checkbox"/> Cobrir as principais necessidades	<input type="checkbox"/> Viver razoavelmente	<input type="checkbox"/> Viver sem preocupações
---	--	--	---

B7. Origem dos rendimentos



<input type="checkbox"/> Do Próprio	<input type="checkbox"/> Do cônjuge	<input type="checkbox"/> Dos filhos	<input type="checkbox"/> De outros. Quem?
<input type="checkbox"/> Pensão de reforma <input type="checkbox"/> Pensão social <input type="checkbox"/> Rendimentos próprios <input type="checkbox"/> Subsídios <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Outro. Qual?	<input type="checkbox"/> Pensão de reforma <input type="checkbox"/> Pensão social <input type="checkbox"/> Rendimentos próprios <input type="checkbox"/> Subsídios <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Outro. Qual?	<input type="checkbox"/> Pensão de reforma <input type="checkbox"/> Pensão social <input type="checkbox"/> Rendimentos próprios <input type="checkbox"/> Subsídios <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Outro. Qual?	<input type="checkbox"/> Pensão de reforma <input type="checkbox"/> Pensão social <input type="checkbox"/> Rendimentos próprios <input type="checkbox"/> Subsídios <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Outro. Qual?

B8. Em média, quanto tempo é que se encontrava só nas 24h?			B9. Tinha alguém com quem falar, conversar e desabafar?			B10. Quando precisava de alguma ajuda, tinha a quem recorrer?	
<input type="checkbox"/> Menos de 8 horas	<input type="checkbox"/> 8 ou mais horas	<input type="checkbox"/> Sempre só	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Quem?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

B11. Sofreu algum problema de saúde ou foi-lhe diagnosticada alguma doença antes de entrar para a Instituição?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
---	------------------------------	------------------------------

B12. Em caso afirmativo indique qual:				
<input type="checkbox"/> Cardiovasculares (hipertensão, arritmias, AVC, ...)	<input type="checkbox"/> Neurológicas (Parkinson, Alzheimer, ...)	<input type="checkbox"/> Endócrinas (diabetes, ...)	<input type="checkbox"/> Osteomusculares (artrose, artrite, osteoporose, ...)	<input type="checkbox"/> Psiquiátricas (demências e depressão)
<input type="checkbox"/> Respiratórias	<input type="checkbox"/> Aparelho locomotor	<input type="checkbox"/> Tumor ou neoplasia	<input type="checkbox"/> Outra(s). Qual?	

B13. Esse(s) problema(s) de saúde limitara(m) a capacidade de realizar alguma(s) da(s) sua(s) atividade(s) diária(s)?	B14. De que forma?	
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	

B15. Em geral, comparando com outras pessoas da sua idade, como avalia o seu estado de saúde?			
<input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Má



B16. Na localidade onde residia existem apoios destinados às pessoas idosas		B17. Que apoios são prestados?				
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Centro de Convívio	<input type="checkbox"/> Centro de Dia	<input type="checkbox"/> Centro de Noite	<input type="checkbox"/> Serviço de Apoio Domiciliário	<input type="checkbox"/> Outro(s). Qual?

B18. Beneficiava de algum tipo de apoio anterior à institucionalização?		B19. Qual o apoio que recebia?					
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Cuidadores informais	<input type="checkbox"/> Centro de Convívio	<input type="checkbox"/> Centro de Dia	<input type="checkbox"/> Centro de Noite	<input type="checkbox"/> Serviço de Apoio Domiciliário	<input type="checkbox"/> Outro(s). Qual?

C. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE AO NÍVEL DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA, PRÉVIA À INSTITUCIONALIZAÇÃO
(Escala de Atividades de Vida Diária, Índice de Katz)

C1. Posicione-se relativamente à forma como desenvolvia as seguintes Atividades da Vida Diária, antes da institucionalização:		
1- Lavar-se		
Tomava banho sem necessitar de qualquer ajuda	Precisava apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo	Precisava de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho
Independente ①	Parcialmente Dependente ②	Totalmente Dependente ③
2- Vestir-se		
Escolhia a roupa e vestia-se por completo, sem necessitar de ajuda	Apenas necessitava de ajuda para apertar os sapatos	Precisava de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo
Independente ①	Parcialmente Dependente ②	Totalmente Dependente ③
3- Utilizar a sanita		
Utilizava a sanita, limpava-se e vestia a roupa, sem qualquer ajuda. Utilizava o bacio durante a noite e despejava-o de manhã, sem ajuda	Precisava de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite	Não conseguia utilizar a sanita



Independente	Parcialmente Dependente	Totalmente Dependente		
①	②	③		
4- Mobilizar-se				
Entrava e saía da cama, sentava-se e levantava-se sem ajuda	Entrava e saía da cama, sentava-se e levantava-se da cadeira, com ajuda	Não se levantava da cama		
Independente	Parcialmente Dependente	Totalmente Dependente		
①	②	③		
5- Ser continente				
Controla completamente os esfínteres, anal e vesical, não tendo perdas	Tinha incontinência ocasional	Era incontinente ou usava sonda vesical, necessitando de vigilância		
Independente	Parcialmente Dependente	Totalmente Dependente		
①	②	③		
6- Alimentar-se				
Comia sem qualquer ajuda	Necessitava de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão	Necessitava de ajuda para comer, ou era alimentado parcial ou totalmente, por sonda ou por via endovenosa		
Independente	Parcialmente Dependente	Totalmente Dependente		
①	②	③		
Classificação:	6 – Independente	7 a 10 - Parcialmente Dependente	11 -17 - Dependente	≥17 – Totalmente Dependente

D- AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE AO NÍVEL DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA, PRÉVIA À INSTITUCIONALIZAÇÃO
(Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody)

D1. Posicione-se relativamente à forma como desenvolvia as seguintes Atividades Instrumentais da Vida Diária, antes da institucionalização:

1. Usar o telefone:			
Utilizava o telefone por iniciativa própria; procurava e marcava números, etc.	Marcava alguns números que conhecia bem	Atendia o telefone mas não marcava números	Não usava o telefone
①	①	①	①
2. Fazer compras:			



Fazia as compras que necessitava sozinho	Comprava sozinho/a pequenas coisas	Necessitava de ser acompanhado para qualquer compra	Incapaz de fazer compras	
①	①	①	①	
3. Preparar refeições:				
Planeava, preparava e servia refeições adequadas, sozinho/a	Preparava refeições adequadas se possuísse ingredientes necessários	Aquecia, servia e preparava refeições mas não mantinha uma dieta adequada	Necessitava de refeições preparadas e servidas	
①	①	①	①	
4. Cuidar da casa:				
Cuidava da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: "trabalho doméstico pesado")	Realizava tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama	Realizava tarefas domésticas diárias mas não mantinha um nível aceitável de limpeza	Necessitava de ajuda em todas as tarefas domésticas	Não participava em nenhuma tarefa doméstica
①	①	①	①	①
5. Lavar a roupa:				
Lavava toda a sua roupa	Lavava pequenas peças de roupa	Era incapaz de lavar a sua roupa		
①	①	①		
6. Modo de transporte				
1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria	2. Não usa transportes públicos, exceto táxi	3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado	4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro	5. Incapaz de se deslocar
①	①	①	①	①
7. Responsabilidade pela própria medicação:				
Tomava a medicação nas doses e horas corretas	Tomava a medicação se preparada e separada por outros	Era incapaz de tomar a medicação		
①	①	①		
8. Habilidade para lidar com o dinheiro:				
Resolvia problemas monetários sozinho/a, como: passar cheques, pagar a renda	Lidava com compras do dia-a-dia mas necessitava de ajuda para efetuar compras maiores	Incapaz de lidar com o dinheiro		
①	①	①		



Classificação:	Mulher		Homem
	0-1	Dependência total	0
	2-3	Dependência grave	1
	4-5	Dependência moderada	2-3
	6-7	Dependência ligeira	4
	8	Independente	5

E. CIRCUNSTÂNCIAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

E1. Há quanto tempo se encontra no lar?					
<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> Entre 6 e 12 meses	<input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 anos	<input type="checkbox"/> Entre 2 e 3 anos	<input type="checkbox"/> Entre 3 e 5 anos	<input type="checkbox"/> Mais de 5 anos

E2. De quem partiu o pedido de institucionalização?					Caso a decisão tenha partido de terceiros:					
					E3. Procuraram saber a sua opinião sobre o assunto?		E4. A decisão foi tomada de acordo com a sua vontade?		E5. Conversaram sobre outras alternativas?	
<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Filho(s)	<input type="checkbox"/> Outros familiares	<input type="checkbox"/> Outros. Quem?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

E6. Tem familiares na Instituição?	E7. Em caso afirmativo refira qual o parentesco?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		

E8. Como foi o processo de adaptação à Instituição?			E9. Quais as principais dificuldades com que se confrontou?			
<input type="checkbox"/> Fácil	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Difícil	<input type="checkbox"/> Deixar a casa onde vivia	<input type="checkbox"/> Deixar família / amigos ou vizinhos	<input type="checkbox"/> As normas e rotinas	<input type="checkbox"/> Outra(s). Qual?

E10. Na sua opinião, qual o principal motivo que conduziu ao internamento?				
<input type="checkbox"/> Sentir-se só	<input type="checkbox"/> Não ter família	<input type="checkbox"/> Indisponibilidade dos familiares	<input type="checkbox"/> Dificuldade de relacionamento familiar	<input type="checkbox"/> Falta de condições da habitação própria
<input type="checkbox"/> Falta de condições das habitações de	<input type="checkbox"/> Falta de recursos financeiros	<input type="checkbox"/> Doença e/ou incapacidade e consequente dificuldade em	<input type="checkbox"/> Falta de alternativas de apoio social	<input type="checkbox"/> Outro(s). Qual?



familiares		autocuidar-se		
E11. Considera que essa decisão foi a mais adequada à situação em que se encontrava?				
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Porquê?		

E12. Necessita do apoio de terceiros para realizar o pagamento da mensalidade da Instituição?		E13. Em caso afirmativo, a quem recorre?		
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Ajuda de familiares	<input type="checkbox"/> Apoio da Segurança Social ou de outros subsistemas de previdência social	<input type="checkbox"/> Outro. Qual?

E14. Mantém contactos com os seus familiares ou amigos?		E15. Quais as formas de contacto com os seus familiares ou amigos?			
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Pessoal (visitas)	<input type="checkbox"/> Telefónico	<input type="checkbox"/> Carta	<input type="checkbox"/> Outra. Qual?
E16. Com que frequência?		Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Uma vez por ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Épocas Festivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		No seu aniversário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Férias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.17 Quem o/a visita?				
<input type="checkbox"/> Companheiro/a	<input type="checkbox"/> Filhos/as	<input type="checkbox"/> Nora/s	<input type="checkbox"/> Genro/s	<input type="checkbox"/> Netos/as
<input type="checkbox"/> Irmão/s	<input type="checkbox"/> Sobrinho/s	<input type="checkbox"/> Amigo/s	<input type="checkbox"/> Pessoa/s da comunidade	<input type="checkbox"/> Outro/s Especificar:

E18. Está satisfeito(a) com a frequência desses contactos?		E19. Vê os seus familiares e amigos tanto quanto desejaria?		E20. Sente falta dos contactos que mantinha com familiares, vizinhos e amigos antes de entrar para a Instituição?	
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim



E.21 Costuma sair da Instituição para:											
E22.1 Visitar o seu domicílio anterior.			E22.2 Visitar familiares.			E22.3 Visitar amigos.			E22.4 Outra(s) atividade(s) de carácter social. Qual?		
Nunca	Raramente	Com Frequência	Nunca	Raramente	Com Frequência	Nunca	Raramente	Com Frequência	Nunca	Raramente	Com Frequência
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E23. As atividades ocupacionais que a Instituição oferece satisfazem-no?		E24. Sente-se integrado e acompanhado na Instituição		E25. Caso tenha respondido negativamente, indique os principais motivos.	E26. De que forma procura evitar eventuais sentimentos de solidão?
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		

E27. Na sua opinião onde pensa que se sentiria melhor?			E28. Porquê?
<input type="checkbox"/> No lar	<input type="checkbox"/> No local onde residia anteriormente	<input type="checkbox"/> Noutro local. Especificar:	

E29. Em sua opinião, o que poderiam fazer os seus familiares para melhorar o seu bem-estar?	

E30. A vinda para o lar relaciona-se com o que tinha planeado para a sua vida?	E31. Porquê?
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

Grata pela sua colaboração.



III- Termo de consentimento informado



CONSENTIMENTO INFORMADO

Dora Cristina Veríssimo Pinto, Assistente Social e aluna do Mestrado na área de Sociedade, Risco e Saúde do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas está a efetuar, para a sua tese, um estudo no âmbito do envelhecimento.

O presente estudo tem por objetivo analisar eventuais fatores de risco para o internamento de pessoas maiores de 65 anos em instituições de longa permanência, contribuindo para um melhor entendimento desta realidade que permita fornecer pistas que visem prevenir ou retardar a sua ocorrência.

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo retirar-se a qualquer momento sem qualquer dano ou prejuízo para si.

A recolha de dados é efetuada através do preenchimento de um questionário que tomará, aproximadamente, 15 minutos do seu tempo.

Os dados deste estudo serão codificados pelo que não serão relacionados com o seu nome nem este será mencionado em qualquer parte do trabalho de investigação, assegurando-se assim a confidencialidade dos mesmos.

☐ Li o presente formulário de consentimento informado e voluntariamente aceito participar no estudo.

Data: 2013/___/___

Assinatura do Participante: _____